

療養費 支給申請書(B)
家族療養費

(治療用装具等)

| | |
|--------------|--------------|
| 電話 | 電話 |
| 事業主(所) 健保責任者 | 事業主(所) 健保担当者 |
| 所属上長 | 庶務係 |

(注意事項)

| |
|-----------------------|
| 事業主(所) 記載欄 適用事業所記号 |
|-----------------------|

| | | | | |
|------|-----|-------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | グループ長 | 主務者 | 担当者 |
|------|-----|-------|-----|-----|

1. 在職中の方は、事業主経由で支払いますので委任状を記入してください。資格喪失者(退職者は、健保から直接銀行振込みしますので、退職日・振込先被保険者名義を記入してください)。
2. 領収書日付が特退・任継加入期間中の場合は、保険料の引き落とし口座へ振込みしますので、振込先欄は記入不要です。
3. 装着が必要と認められた医師の証明書と領収書(明細書含む)の原本が必要になります。
4. 靴型装具の申請には、平成30年4月購入分から当該装具の写真(患者が実際に装着し、かつ現物であることが確認できるもの)の添付が必要です。
5. 申請には、療養費(B)の装具作成確認書の添付が必要です。(小児弱視などの治療用眼鏡・弾性ストッキングの場合は不要)
6. 外傷性疾病で、その原因が相手のいない事故の場合は「傷害事故届」(相手がいる場合は「第三者行為による傷病届」)を必ず提出してください。

| | | | | | | | | | |
|------------------------|--------------------------------|-----------|---|----------|--|---|---------------|--|--|
| 会社名 | 被保険者証 記号 | | | | 被保険者氏名 | | | | |
| 所属 | 番号 | | | | 生年月日 S・H 年 月 日 | | | | |
| 申請が被扶養者に関するとき | 氏名 | 生年月日 | S・H・R | 年 | 月 | 日 | 被保険者との続柄(詳細に) | | |
| 傷病名 | 発病または負傷の年月日 | | | | H・R 年 月 日 | | | | |
| 発病または負傷の原因(詳しく) | | 受診した医療機関名 | | | | | | | |
| 領収書日付 | H・R 年 月 日 | | | | | | | | |
| 診療に要した費用の額 | 円 | | | | ●領収書原本を添付してください。 ●領収書は返却しません。市区町村等、自治体の公費医療助成の精算手続きを予定される方は、健保に提出する前に、必ず自治体への申請手続きでの領収書の取り扱いについて、自治体の担当者にご確認ください。 | | | | |
| 給付をうけることができなかった理由 | 補装具業者等が保険契約されていないため | | | | | | | | |
| (該当する項目にレ点) | <input type="checkbox"/> 治療用装具 | | <input type="checkbox"/> 治療用眼鏡等 | | <input type="checkbox"/> 弾性ストッキング等 | | | | |
| 第三者行為が原因の傷病の場合はその加害者 | 住所 | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | |
| 給付金受取方法 (注意事項1・2参照) | A.会社経由での支給 *在職中の方は会社経由 | | この申請に基づく給付金の受領を事業主に委任します。 【委任状】 令和 年 月 日 被保険者氏名 | | | | | | |
| | B.個人への直接支給 *退職(予定)者のみ可 | | 退職者用 【振込先】 | | ゆうちょ銀行不可 | | 銀行 | | |
| | 【退職日】 H・R 年 月 日 | | 口座番号 | | 支店 | | 普通・当座 | | |
| 上記のとおり申請します。 | | | | 令和 年 月 日 | | | | | |
| 住所 | | 被保険者氏名 | | 電話 | | | | | |
| 東芝健康保険組合 御中 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|-------|----------|---|--------|--|-------|--|--|
| 組合記載欄 | 支給決定額 | | 支払先コード | | 支給年月日 | | |
| | 本人・家族療養費 | 円 | | | 令和 | | |
| | 付加金 | 円 | | | | | |
| | 高額療養費 | 円 | (備考欄) | | | | |
| | 入院食事療養費 | 円 | | | | | |
| 合計 | | 円 | | | | | |

※ 本届に記載した個人情報については、ホームページ等に掲載の利用目的以外には使用いたしません。

あなた（または被扶養者）が医療機関で受診し、医師の指示により作製された装具に対する給付金支払い決定に必要なため、受診状況等についてご回答をお願いします。

- ① 下記質問について該当する番号を○で囲んでください。その他の場合は記述にてお答えください。
- ② 必要に応じて主治医に診療内容の文書照会を行います。署名を忘れずにご提出ください。
- ③ 給付金支払い決定については、本書及び別途行う主治医への照会などを基に総合的に判断することから、給付金支払い決定まで、時間を要する場合がございますのでご了承ください。

| | | |
|----------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| (1) 記号 - 番号 | (2) 被保険者名 | (3) 受診者名 |
| (4) 本疾病に対し初めて受診した日(初診日) 年 月 日 | (5) 装具を作製することが決まった日 年 月 日 | (6) 装具を装着した日(納品日) 年 月 日 |

問1. 装具の作製経緯について教えてください。

(1) 装具を作製するきっかけを教えてください【例】継続的に受診し、装具を作製することになった、装具業者の勧め等

(2) 靴・インソールを購入した場合のみ → 装具作製において、一番最初に行ったところはどこですか？

- Ⓐ 靴店(装具業者) Ⓑ 医療機関 Ⓒ その他 ()

(3) 納品時の状況について

-① 装具を作製する際、誰の指示によって作製されましたか？

- Ⓐ 主治医 / Ⓑ 自分で決め、医師に依頼 / Ⓒ 装具業者 / Ⓓ 治療法(固定方法)を選択し装具を作製(例:ギプスカ装具かで選択等) / Ⓔ その他 ()

-② 装具を受け取る際の状況について教えてください。

- ▶ 義肢装具士が立ち会いましたか？ : Ⓐ 立ち会った / Ⓑ 立ち会わなかった / Ⓒ その他 ()
- ▶ どこで受け取りましたか？ : Ⓐ 医療機関 / Ⓑ 装具店 / Ⓒ その他 ()

-③ 装具の代金は、いつ支払いましたか？ : Ⓐ 納品前 / Ⓑ 納品当日 / Ⓒ 納品日以降 / Ⓓ その他 ()

問2. 作製した装具のサイズ合わせは、どのように行いましたか？

(1) 装具を身体に合わせてオーダーメイドするために、患部やその周囲にギプスを巻き、石膏で型を取ったり、足型版を踏み込んだり、「型」を取るようなことを行った

- ① 左記項目のどちらに該当しましたか → (1) / (2)
- ② どこで行いましたか？ Ⓐ 病院内 / Ⓑ 他 ()
- ③ 何回、行いましたか？ ____回
- ④ 誰が行いましたか？ 医師 / 看護師 / 装具業者

(2) 装具を身体に合わせてオーダーメイドするために、患部やその周囲の各所をメジャーで細かく測った

(3) 既製品(完成品)装具を購入した。

→ サイズ選択の方法は？

- Ⓐ メジャー → 誰が測定しましたか？ 医師 / 看護師 / 装具業者
- Ⓑ 試着
- Ⓒ 何も行わなかった
- Ⓓ その他 ()

(4) 何も行わなかった

(5) その他 ()

問3. 主治医からどのような目的の装具だと説明を受けられましたか？

具体的な指示事項をお書きください【例】(1) 患部の支持・矯正・固定・免荷、(2) 痛みや症状の緩和(除痛)、(3) リハビリ時に必要、(4) 再発防止・予防、(5) 受けていない

問4. 装具は今回初めて作製されましたか？

(1) 以前も作製したことがある(①~③へ)

(2) 初めて作製した(問5へ)

① いつ頃作製されましたか？

年 月 頃

② 以前作製した装具は

- (a) 現在も使用している
- (b) 装具業者へ返却した →
- (c) 廃棄した → (年 月 日)

③ 今回の作製した装具は、

- (a) 改めて作製した
- (b) 以前作製した装具を修理した

問5. 障害者手帳をお持ちですか？

障害者総合支援法による補装具費支給の対象になるか判断するため、障害者手帳の有無を確認させて頂いております。

(1) 持っている(※手帳のコピー添付) → 補装具申請を行わなかった理由

(2) 持っていない

問6. 装具装着後の療養にあたって、医師からはどのような指示や注意を受けていますか？(複数回答可)

- (1) 自宅安静(外出に制限あり)
 - (2) 運動(歩-ツ)を控えるように指示された
 - (3) 運動(歩-ツ)時のみ装着するように指示された
 - (4) 日常生活において常に装着するよう指示された
 - (5) 特に指示はされていない(普段通りの生活で可)
 - (6) その他 ()
- 受診頻度 : ① 週1回 ・ ② 月1回 ・ ③ その他 ()

問7. 医療費(医療機関発行)の領収書を受け取りましたか？

いいえ / はい → *領収書、診療費明細書があればコピー添付。なければ無と記入 → ()

以上のとおり相違ありません。また、今回申請した(第二家族)療養費について、保険給付の支給決定をするための参考として、当健保組合が医療機関及び関係機関に照会することに同意します。

東芝健康保険組合 理事長 殿

年 月 日

(被保険者氏名)

ご協力ありがとうございました。