

K0304-B(B)

該当する方に  
○印をつける療養費  
家族療養費 支給申請書(B)

(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

健保担当の方が  
記入願います

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)の原本が必要となります。  
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	東芝〇〇(株)		被保険者証 記号 番号							被保険者氏名				
所属	〇〇部〇〇課		1	0	0	1	2	3	4	5	6	7	東芝 太郎	
申請が被扶養者に関するとき	氏名	東芝 花子		生年月日	S・H・R XX年XX月XX日		被保険者との続柄(詳細に)		妻					
傷病名	腰椎椎間板ヘルニア			発病または負傷の年月日	H・R XX年XX月XX日									
発病または負傷の原因(詳しく)	不詳			受診した医療機関名	△△病院									
領収書日付	H・R XX年XX月XX日													
診療に要した費用の額	25,000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。											
給付を受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 checked="" 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	加害者がいる場合は記入する												
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		【委任状】		この申請に基づく給付金の受領を事業主に委任します。 令和XX年XX月XX日 被保険者氏名 東芝 太郎									
	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	在職者は委任状に記名が必要 (振込先の記入は不要)								
	【退職日】	H・R 年 月 日	口座番号	名義人										
上記のとおり申請します。												令和XX年XX月XX日		
〒999-9999 住所 神奈川県川崎市〇〇区△△町××番地														
被保険者 氏名 東芝 太郎														
電話 XXX - XXX - XXXX														
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		
付加金	円			
高額療養費	円			
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。

Table with 3 columns: (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), (5) 装具を作製することが決まった日, (6) 装具を装着した日(納品日)

問1. 装具の作製経緯について教えてください。

Form for Q1: 装具を作製するきっかけを教えてください, 靴・インソールを購入した場合のみ, 納品時の状況について

各設問に回答する

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？

Form for Q2: 装具を身体に合わせてオーダーメイドするために, 既製品(完成品)装具を購入した, サイズ選択の方法は?

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？

Form for Q3: 具体的な指示事項をお書きください

問4. 装具は今回初めて作製されましたか？

Form for Q4: 以前も作製したことがある, 初めて作製した, 以前作製した装具は, 今回の作製した装具は

問5. 障害者手帳をお持ちですか？

Form for Q5: 持っている, 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）

Form for Q6: 自宅安静, 運動(入浴-ツ)を控えるように指示された, 運動(入浴-ツ)時のみ装着するように指示された, 日常生活において常に装着するよう指示された, 特に指示はされていない(普段通りの生活で可), 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

R XX 年 XX 月 XX 日

(被保険者氏名) 東芝 太郎

ご協力ありがとうございました。