

記入見本	支給決定額	支給決定日	平成	年	月	日	給付記録 入力済印
	円	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者		

A3で印刷して提出してください。

該当する文字を囲む → **被保険者** (治療用装具・コルセット等) 療養費支給申請書

被保険者が記入するところ	① 健康保険証	記号	〇〇	② 被保険者 (請求者)	住所	〇〇県〇〇市△△…
		番号	〇〇〇	氏名	健保 太郎	<input checked="" type="checkbox"/>
	③ 資格取得年月日	昭和	〇〇年 〇〇月 〇〇日	④ 資格喪失年月日	平成	年 月 日
	⑤ 申請が家族のときはその氏名			⑥ 左記の者の生年月日	昭和	年 月 日生
	⑧ 傷病名	左脛骨骨折		⑨ 発病又は負傷の年月日	平成	30年 4月 30日
	作製装具名	左短下肢装具		(負傷の場合は)	15	時頃
	⑩ 発病又は負傷の原因	自宅で荷物をかかえながら階段を降りている際に転倒したため。 (いつ、どこで、どうしているときに等、具体的に記入してください。)				
	⑫ 診察を受けた病院等	名称	□□整形外科	担当医氏名	〇〇〇 〇〇〇	
		所在地	〇〇県〇〇市△△…			
	⑬ 装具代支払日	平成	30年 5月 10日	⑭ 装具代金	XX,XXX	円

受取代理人	⑮ 本請求に基づく給付金に関する権限を事業主(又は代理人)に委任します。	平成	〇〇年 〇〇月 〇〇日
	被保険者 (請求者) 氏名	健保 太郎	<input checked="" type="checkbox"/>
	事業主 名称・所在地	東京都〇〇区△△町1-1	
	又は代理人 氏名	□□株式会社 代表取締役 神田 一郎	<input checked="" type="checkbox"/>

(記入上の注意)
 ・表題の被保険者と家族はいずれか該当する文字を○で囲んで下さい。
 ・⑮欄は、給付金受領を事業主又は代理人に委任して下さい(任意継続被保険者は除く)。
 (支給決定について)
 ・給付金支給については、確認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、決定には時間を要する場合があります。

MBK連合健康保険組合

【提出時の添付書類】

提出時には必ず領収書(原本)、明細書(装具価格の内訳書)、医師の意見書(原本)、治療用装具の写真、同意書を必ず添付して下さい。

装具作製確認書

・下記質問について該当する番号を○で囲んで下さい。その他の場合は記述をお願いします。

装具を作製することが決まった日	装具を装着した日(納品日)
平成 30年 4月 30日	平成 30年 5月 10日

質問1 以前にも装具を作製したことがありますか? (ない方は質問2からご回答ください。)

(1) 前回はいつ作製しましたか?	(2) 以前作製した装具は どのようにしましたか?	(3) 今回作製した装具は どちらに該当しますか?
平成 28年 〇〇月 〇〇日	①現在も使用している ②装具業者へ返却 ⇒ (年 月頃) ③廃棄 ⇒ (平成30年〇〇月頃)	①新しく作製した ②以前作製した装具を修理した

質問2 障害手帳をお持ちですか?

障害者総合支援法による補装具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しております。
(1) はい (※手帳のコピーを添付してください) ⇒ 今回、市区町村で補装具申請を行わなかった理由を記入↓
② いいえ ()

質問3 主治医からは、どのような目的の装具だと説明を受けましたか? (複数回答可)

①患部の支持・矯正・固定・免荷	(4)再発防止・予防	(7)その他(例:運動時に着用等)
(2)痛みや症状の緩和(除痛)	(5)日常生活の補助具	〔 〕
(3)リハビリ時に必要	(6)受けていない	

質問4 作成した装具は、誰の指示・意思で決めましたか?

①主治医の指示	(4)治療法(固定方法)を患者側で選択し装具を作製
(2)患者側の希望	(例:ギプスカ装具かで選択等)
(3)装具製作会社に言われる通りに決めた	(5)その他()

質問5 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、石膏や足型版などで「型」を取った	⇒ ①どこで型を取りましたか? 病院内、 <u>装具業者</u>
	②何回、型を取りましたか? 〇回
	③誰が型を取りましたか? 主治医・病院関係者/ <u>装具業者</u>
(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?	①メジャー ⇒ 誰が測定しましたか? ⇒ 医師/看護師/装具業者
	②試着
	③何も行わなかった
(4)何も行わなかった	④その他()
(5)その他 ()	

質問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?

(1)自宅安静	④特に指示はなかった
(2)運動(スポーツ)を控えるように指示された	(5)その他
(3)運動(スポーツ)をする際に装具装着するように指示された	()
■自疾病に係る医療機関の受診頻度 : ①週1回 ②月1回 ③ <u>①</u> 他(特に決まっていない)	()

受付印