

支給決定額		支給決定日				給付記録 入力済印
療養費	円	令和	年	月	日	
	円	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者	

被保険者
家族 (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	② 被保険者 (請求者)	住所			
		番号		氏名			
	③ 資格取得 年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	④ 資格喪失 年月日	平成 令和	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 平成 令和	年 月 日生	⑦ 続柄
	⑧ 傷病名			⑨ 発病又は 負傷の 年月日	平成 令和	年 月 日	⑩ 第三者行為に よるもの はい・いいえ
		作製装具名		(負傷の場合は		時頃)	
	⑪ 発病又は 負傷の原因						
	⑫ 診察を受けた 病院等	名称			担当医氏名		
		所在地					
	⑬ 装具代 支払日	令和	年	月	日	⑭ 装具代金	円

確 認 欄	⑮ 本申請について、下記の項目を確認しました。	令和	年	月	日	
	<input type="checkbox"/> ①又は②の要件を満たしたものである。					
	<input type="checkbox"/> ①申請者本人(被保険者又は請求者)が作成したものである。					
	<input type="checkbox"/> ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。					
	<input type="checkbox"/> HP「給付に関する事項」等、個人情報保護方針を確認し、同意した。					
	<input type="checkbox"/> 内容に関し健康保険組合が医療機関等に照会する必要がある場合は同意する。					

- (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、必ず全ての項目を確認し、チェックを入れて下さい。
 - 領収証や添付書類は、原本を提出してください。

(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)、治療用装具の写真を添付して下さい。

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)
令和 年 月 日	令和 年 月 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 どうしましたか？	(3) 今回作製した装具は どちらに該当しますか？
年 月 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 ⇒ (年 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/装具業者 ② 何回、型を取りましたか？ _____回 ③ 誰が型を取りましたか？ 主治医・病院関係者/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？
⇒ 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 その他()
(4)何も行わなかった
(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	()
■ 該当疾病に係る医療機関の受診頻度 : ①週1回 ②月1回 ③その他()	

受付日付印