

健康 保 記 入 欄	資格取得	昭・平・令	年	月	日	支払年月日	令和	年	月	日
	資格喪失	平・令	年	月	日					
	備考									

被保険者
家 族 療 養 費 支 給 申 請 書 (治療用装具)

※添付書類はすべて原本をお付けください。

被 保 險 者 が 記 入 す る こ と こ ろ	被保険者証の 記号と番号	記号	番号	事業所の 名 称						
	被保険者の 氏名と印				被保険者の 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	被保険者の 住 所	〒			☎:日中の連絡先 ()					
	被扶養者が 受診した場合	氏名			被保険 者との 続 柄	生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	乳(子)障の医療証をお持ちですか	はい ・ いいえ								
	傷 病 名					発病又は 負傷の日 年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日
	負傷の原因 及びその経過	仕事中心 ・ 通勤中 ・ 私用時 ・ その他 () どこで・どのように受傷されたかの詳細を必ずご記入ください。➡								
	第三者の行為によるものですか	はい ・ いいえ		※はい…の場合には「健康保険第三者行為による 傷病届」を併せてご提出ください。						
	診療を受けた 医 療 機 関	名 称				診療した医師氏名				
		所在地								
	診療の期間	年 月 日 から	日数	入院・入 院外の別 入 院 外 入 院	入院の場合左記の入院期間			診療に要した費用		
		まで	日		年 月 日から	日間	円			
療養の給付を受ける ことができなかった理由	<input type="checkbox"/> 治療用装具を作成したため									
振 込 先 名 称	金融機関 名 称	銀行 金庫 信組 農協			本店 支店 出張所	預金種 別	普通 当 座	支店番号	口座番号	
	預金者氏名 (カタカナ)									

東京都医療健康保険組合

※振込先名称は必ず記入してください。なお、被保険者以外の受領を希望する場合は委任状に記入捺印願います。

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	〒	
	令和 年 月 日	住所	
	被保険者氏名	代理人氏名	Ⓜ

(3・1改)

【添付書類】

◇治療用装具	1. 医師の作製指示・意見書(装具装着証明書) 2. 領収書・内訳 3. 靴型装具の写真(①正面②側面③内側④裏側)
◇治療用眼鏡(9歳未満)	1. 疾病名記載の作製指示書 2. 領収書
◇弾性ストッキング等	1. 弾性着衣等装着指示書 2. 領収書およびその内訳(金額、枚数等)

令和 年 月 日 提出

受付日付印

被保険者証の記号番号を記入の場合省略できます。

被保険者のマイナンバー

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※記入の際には別途添付書類が必要となります。
給付課までお問い合わせ願います。

治療用装具申請にかかる（状況報告書）

被保険者（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・押印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。

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。 ◎再作製した方は、前回作製からの経過を詳しくご記入ください。

(2) 納品時の状況について

ー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？

- ① 主治医 / ② 自分で決め、医師に依頼 / ③ 装具業者 / ④ 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） / ⑤ その他（ ）

ー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？ : ① 立ち会った / ② 立ち会わなかった / ③ その他（ ）

▶ どこで受け取りましたか？ : ① 医療機関 / ② 装具店 / ③ その他（ ）

ー③ 装具の代金は、いつ支払いましたか？ : ① 納品前 / ② 納品当日 / ③ 納品日以降 / ④ 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

(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？

(4) 何も行わなかった

(5) その他（ ）

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？ ① 病院内 / ② 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

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（ ）

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。【回答例】(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

① 現在も使用している

② 装具業者へ返却した

③ 廃棄した → (年 月 日)

③ 今回の作製した装具は

① 改めて作製した

② 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) → ① 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？

(1) 自宅安静

(4) 特に指示はされていない

(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 ()

■ 受診頻度 : ① 週1回 ・ ② 月1回 ・ ③ その他 ()

問7. 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？

① 装具業者 / ② 医療機関 / ③ その他 ()

以上のとおり相違ありません。

東京都医業健康保険組合 理事長 殿

年 月 日 (被保険者氏名)

㊟

年 月 日

給付に関する同意書

東京都医業健康保険組合 理事長 殿

保険者が、給付に関して必要があると認めるときは、文書等により、本人、医療機関、事業所、官公庁等に照会を求めることに同意します。

住所 〒

日中の連絡先 TEL () -

氏名 ㊟ ※自筆でお願い致します。

なお、照会先が複数となる場合、本同意書の写しも有効とさせていただきます。

【参考：健康保険法】

第59条 保険者は、保険給付に関して必要があると認めるときは、保険給付を受ける者（該当保険給付が被扶養者に係るものである場合には、当該被扶養者を含む。第121条において同じ）に対し、文書その他の物件の提出若しくは提示を命じ、又は当該職員に質問若しくは診断をさせることができる。

第121条 保険者は、保険給付を受ける者が、正当な理由なしに、第59条の規定による命令に従わず、又は答弁若しくは受診を拒んだときは、保険給付の全部又は一部を行わないことができる。