

起案年月日		年		月		日	
決				裁			
常務理事		事務長		係		台帳照合	

支 給 期 間							支 給 決 定 金 額				
自 至	平成 平成	年	月	日	日間						円
前 支	回 給	迄 期	の 間	自 至	年	月	日	日間	備 考		
資 照	格 合	関 係	係 済	取 得	年	月	日				

被保険者証の	記号 番号		事業所名		被保険者(請求者) 氏 名・印		(印)
被 保 険 者 (請求者) の住所	〒 (電話番号)						
受診者 氏 名				受診者の 生年月日	昭 和 平 成 年 月 日	被保険者との続柄	
傷病名				発症または 負傷の年月日	平成 年 月 日	第三者行為による傷病ですか 労災・通災による傷病ですか	はい・いいえ はい・いいえ
傷病の原因					傷病の経過		
診療を受けた 医療機関等の	名 称				入院・外来の別	入 院 ・ 外 来	
	所 在 地				診療または手当 を受けた期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	
	医師の氏名						
診療または手当等に要した費用の額		円			装具等装着日	平成 年 月 日	
療養の給付を受けられなかった理由		①緊急やむを得ず受診し、健康保険証を持っていなかったため ②入社手続き中のため健康保険証が手元になかったため ③他の保険者の健康保険証を使用したため ④治療用装具等の装着のため				該当する理由番号を記載して下さい。 添付書類については下記参照 理由番号①と②は『１』を理由番号③は『２』 を理由番号④は『３』で確認して下さい。	

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

委任状	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を下記受任者に委任します。			
	平成	年	月	日
	委任者（被保険者）	住 氏	所 名	⑩
	受 任 者	住 氏	所 名	⑩

1. 保険証不携帯もしくは手続き中による受診の場合 ・領収明細書（領収書） ・医療機関発行の診療（調剤）報酬明細書	2. 返還請求（他保険者の保険証を使用し受診した場合） ・他保険者発行の領収書 ・他保険者発行の診療（調剤）報酬明細書	3. 治療用装具等の場合 ・医師の意見書等 ・装具装着証明書 ・領収書と領収書の内訳のわかる書類
---	---	---

※複数医療機関がある場合は、1医療機関ごとに提出して下さい。

写真・印刷画像の台紙

正 面（全体）	
側 面 （左右どちらか一方）	
ロゴ、製品タグ （ある場合）	

写真・印刷画像の台紙

靴タイプ（上から）	
靴タイプ（下から）	
靴タイプ（後ろから）	

装具作製確認書

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いたします。

①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ので、別紙「同意書」に署名・押印の上ご提出ください。

③給付金の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あり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)本疾患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)装具を着着した日(納品日)
平成・令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日

問1. 装具は今回初めて作製されましたか？

(1)以前にも作製したことがある(①～③へ)	(2)以前作製した装具はどうされましたか？	(3)今回の作製した装具は どちらに該当しますか？
(2)初めて作製した(問2へ)	(a)現在も使用している	(a)改めて作製した
①いつ頃作製されましたか？ 平成・令和 年 月 日	(b)装具業者に返却した(年 月 日)	(b)以前作製した装具を修理した
	(c)廃棄した(年 月 日)	

問2. 障害者手帳をお持ちですか？

(1)持っている(※手帳のコピー添付)	(2)持っていない	※障害者総合支援法による補装具支給の対象となるか判断するため、障害者手帳の有無を確認させていただいております。
---------------------	-----------	---

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？(複数回答可)

(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)運動時(スポーツ)に必要	(6)受けていない
(7)その他()		

問4. 作製した装具は、誰の指示・意思で決められましたか？

(1)主治医の指示で決めた	(2)自分で決め、医師に作製依頼をした	(3)装具製作会社の言われる通りに決めた
(4)装具製作会社の勧めで決めた	(5)その他()	

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)採型をした(オーダーメイドで作製するために型を取った)・・・④or⑤	①どこで型を取りましたか？ 病院内／装具業者
④患部やその周辺にギプスを巻き、石膏で「型」を取った・・・はい／いいえ	②何回、型を取りましたか？ ____回
⑤足型版を踏み込み「型」を取った・・・はい／いいえ	③誰が型を取りましたか？ 医師／看護師／装具業者
(2)採寸をした(オーダーメイドするために、患部やその周辺の各所をメジャーで細かく測った)	①どこで測りましたか？ 病院内／装具業者
	②誰が測りましたか？ 医師／看護師／装具業者
(3)既製品(完成品)装具を購入した→装具サイズとサイズ選択の方法は？ 装具サイズ→ S / M / L / その他()	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()

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	(2) 運動(スポーツ)を控えるように指示された	(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
(4) 特に指示はされていない	(5) その他()	
■ 受診頻度:	① 週1回	② 月1回
	③ その他()	

以上のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

申請者氏名:

㊞

申請時添付書類の確認 □(1)～(5)の書類を添えて申請をしてください。

- (1)療養費支給申請書
- (2)医師の意見書・装具装着証明書【原本】
- (3)装具作製業者発行の領収書と領収明細書(内訳がわかるもの)【原本】
- (4)購入された装具の写真(専用紙に貼付けて提出)
- (5)同意書

同意書

私は、健康保険法に基づく私に対する保険給付の支給可否決定に関する調査のため、合同製鐵健康保険組合が必要とする事項（私の個人情報を含む）について、関係する官公庁、医療保険者、医療機関、事業所及び負傷に関わった団体等に対して合同製鐵健康保険組合が照会を行い、回答・提供を受け、情報提供をすることについて同意いたします。

また、上記照会を行うにあたり、合同製鐵健康保険組合が当該機関等に対して、必要な範囲内で照会に関する説明を行うことについて了承致します。

なお、本書の写しも有効と致します。

合同製鐵健康保険組合 理事長 殿

同意日 令和 年 月 日

受診者署名： _____ ⑩

受診者が被扶養者の場合は被保険者の自署と受診者との続柄

被保険者氏名： _____ ⑩

(続柄)