

健康保険〔被保険者・被扶養者〕療養費支給申請書

令和 年 月 日提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号 - 番号	-	② 被保険者の 氏 名	フリガナ		
	③ 被保険者の現住所	〒 - Tel () -				
	④ 事業所の	名 称				
		所 在 地				
	⑤ 傷 病 名			⑥ 傷病の経過		
	⑦ 発病又は負傷の 原因を詳しく (該当項目に○を つけてください)	(1)い つ 年 月 日(曜日) 午前・午後 時頃				
		(2)ど こ で *会社(現場等)内 *会社への出勤の際 *運動競技中 *家庭内で *その他()		*会社の仕事で外出中又は出張中 *会社より退勤の際 *私用のため外出中 *けんか等により		
	⑧ 上記の詳細な 状況と原因	どのようにして				
	⑨ 第三者行為によるものですか(交通事故等)	はい ・ いいえ				
	⑩ 療養を受けた 病院等の	名 称				
		所 在 地				
	⑪ 診療又は 手当の期間	年 月 日から 年 月 日まで (日間)		入院・入院外の 別	1. 入院 2. 入院外	
	⑫ 入院の場合の 入院期間	年 月 日から 年 月 日まで (日間)		⑬ 診療又は手当 に要した費用	円	
	⑭ 療養の給付を 受けることが できなかった理由 (いずれかに○)	ア. 出先の急病で保険証を持参できなかった イ. 加入の手続きが遅れ保険証の交付前に自費で診療を受けた ウ. 以前に加入していた健康保険資格で診療を受け、以前の健康保険に医療費を返した エ. 治療用装具(治療用眼鏡)を作製した オ. 海外で診療を受けた カ. その他()				
⑮ 被扶養者が受ける ためのものである ときはその者の	氏名		生年月日	昭 平 令 年 月 日	被保険者 との続柄	
⑯ 振込 指定 銀行	()	銀 行 () 信用金庫 () 信用組合 () 農 協	支 店 出 張 所	普通・当座・その他() 口座番号 【 】 口座名義 【 】 (カナで記入)		
			※振込先は被保険者名義の口座に限ります			
備考	被保険者証記号番号に代えて個人番号で申請を希望される場合はご記入ください (その場合、個人番号及び本人を確認できる書類の添付が必要になります)					

※添付書類等については、『記入上の注意』をご参照ください。

問合せ先: 〒540-0019 大阪市中央区和泉町2-1-11 大阪府建築健康保険組合 業務課 Tel.06-6942-3624

※治療用眼鏡、弾性着衣の申請には記入、提出の必要はありません。

装具作製確認書

あなた(または被扶養者)が、療養費支給申請された装具に対する審査上必要なため、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項目の□にチェックをしてください。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。

以下の記入内容に相違ありません。

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。

大阪府建築健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

(被保険者氏名)

㊤

(1) 保険証の 記号 - 番号	(2) 被保険者氏名	(3) 実際に装具を使用する者の氏名
—		

問 1. 装具の作製経緯についてお答えください。

(1) 装具を作製するきっかけを教えてください (例) 継続的に受診し装具を作製することになった、装具業者の勧め等

(2) 靴・インソールを購入した場合のみ → 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？

靴店 (装具業者) 医療機関 その他 ()

(3) 納品時の状況について

—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？

主治医 自分で決め、医師に依頼 装具業者 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)
 その他 ()

—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？ : 立ち会った 立ち会わなかった その他 ()

▶ どこで受け取りましたか？ : 医療機関 装具店 その他 ()

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

採型をした (オーダーメイドで作製するために型をとった) → ① どこで型を取りましたか？ 病院内 他 ()

④ 患部やその周囲にギプスを巻き、石膏で「型」をとった はい いいえ → ② 何回、型を取りましたか？ _____回

⑤ 足型版(フットプレッションフォーム)を踏み込み「型」をとった はい いいえ → ③ 誰が型をとりましたか？ 医師 看護師 装具業者

採寸をした(装具をオーダーメイドするために、患部やその周囲をメジャーで細かく測った) → 誰が測定しましたか？ 医師 看護師 装具業者

既製品(完成品)装具を購入した。 → サイズ選択の方法は？ メジャー → 誰が測定しましたか？ 医師 看護師 装具業者
 試着 何も行わなかった その他 ()

何も行わなかった

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？

以前も作製したことがある (①~③へ)

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どうされましたか？

現在も使用している

装具業者へ返却した

廃棄した → (年 月 日)

③ 今回作製した装具はどちらに該当されますか？

改めて作製した

以前作製した装具を修理した

問 5. 身体障害者手帳をお持ちですか？

持っている 持っていない (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、手帳の有無を確認させて頂いております。)

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？

自宅安静 運動(スポーツ)を控えるように指示された 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

特に指示はされていない その他 ()

▶ 受診頻度 : 週1回 月1回 その他 ()