

# 治療用装具

## 健康保険 被保険者・家族 療養費支給申請書(1/2)

記入例

書類の提出先 在職者:雇用されている会社の担当者宛  
(提出時点) 退職者:当健保治療用装具担当宛(任継/特退含む)

被保険者(申請者)記入欄

事業主(会社)記入欄

※被保険者記入欄は漏れなくご記入をお願いします。

訂正の場合は、②氏名・押印欄にて使用した印鑑を訂正印としてお使いください。

被 保 険 者 記 入 欄	① 記号・番号(左づめ) また は マイナンバー	記 号 1 2 3 番 号 4 5 6 7 8	マイナンバーを記入する場合、本人確認書類の添付必須(例:免許証、パスポート等顔写真あり)。
	署名捺印 同 意 書	(フリガナ) ケンボ タロウ <b>健保 太郎</b> <b>健</b> 令和 1 年 9 月 1 日	③ 生 年 月 日 1 1. 昭和 6 3 0 2 1 0 2. 平成
	② ※右記を必ず確認の上、必要事項を漏れなくご記入ください。	KDDI健康保険組合 理事長 殿 私は、健康保険法に基づく保険給付請求等に関し、私にかかる診療報酬明細書及び関係書類についてKDDI健康保険組合が、該当機関に照会及び送付することに異議なく、本書をもって同意します。	
	④ 現 住 所	〒 1 2 3 - 4 5 6 7 <b>東京都千代田区飯田橋 3-10-10 ガーデンエアタワー 3 2 階</b>	
⑤ 電 話 番 号 (日中の連絡先)	TEL 03 - 1234 - 5678		
◆在職者→⑦を署名捺印してください(⑥不要) ◆退職者→⑥をご記入ください(⑦不要) ◆退職予定者→⑥記入、⑦署名捺印ください			
※退職者必須	⑥ 口座 座 報 銀行名 銀行別	◆口座 ◆任意 ・提出時に在職している...⑦委任状に記入/捺印頂き、事業主様に送付してください。 ・提出時に退職している...⑥口座情報に記入頂き、通帳またはキャッシュカードのコピーを付けて当組合に送付してください。 ・近日中に退職を予定している...⑥口座情報への記入と、⑦委任状への記入/捺印の上、通帳またはキャッシュカードのコピーを付けて、事業主様に送付してください。	
※在職者必須	⑦ 委 任 状 (被 保 険 者)	・提出時に任意継続・特例退職被保険者制度に加入している...⑥口座情報、⑦委任状いずれも記入せずに当組合に送付してください。 保険料引落しでご登録頂いたゆうちょ銀行にお振り込み致します。 なお、ゆうちょ銀行以外の口座振り込みを希望される場合には、⑥口座情報に記入頂き、通帳またはキャッシュカードのコピーを付けて当組合に送付してください。	
事 業 主 記 入 欄	⑧ 委 任 状 代 理 人 記 入 欄 1	〒 - TEL - - 住 所 <b>事業主様が記入・捺印しますので、空白のままでも問題ありません。</b> 事業所名	代 理 人 記 入 欄 2 (事業主) 1 給与払い 2 個人払い

### ◆注意事項

- 被保険者は、①～⑦のうち必要な箇所を全てご記入ください。
- 在職者は、**事業主経由で給付金が支給されます。**  
その為、事業主を代理人とする⑦の委任状への署名・捺印が必要となります。
- 退職者(予定含む)が療養費支給申請書を申請する際は、必ず**通帳**または**キャッシュカードのコピー**を添付してください。  
任意継続/特例退職被保険者は原則ゆうちょ銀行口座にお振り込み致します。
- 払い戻しの請求は、治療用装具の購入をした日の翌日から数えて**2年**を経過すると時効となります。

受付日

# 治療用装具

## 健康保険 被保険者・家族 療養費支給申請書(2/2)

記入例

被保険者(申請者)記入欄

被保険者氏名	健保 太郎
--------	-------

訂正の場合は、②氏名・押印欄にて使用した印鑑を訂正印としてお使いください。

被 保 険 者 記 入 欄	⑩ 受診者	2	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	
	⑩-1 家族の場合 はその方の 氏名	健保 花子	⑪ 生年月日	
	⑫ 傷病名	右膝前十字靭帯損傷	⑬ 発病または 負傷年月日	
	⑭ 該当の傷病は 病気ですか？ ケガですか？	2	1. 病気 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。	
	⑮ 診療を受けた 医療機関	名称 ○△クリニック	所在地 東京都千代田区飯田橋1-2-3	診療した医師の氏名 組合 二郎
	⑯ 装具の名前	右膝硬性装具	⑰ 支払日	2
	⑱ 装具の代金	97,680	円	
	⑲ 療養費の支給申請 の理由	2	1. 治療用装具(小児弱視等治療用眼鏡、弾性着衣)を購入したため 2. 治療用装具(1.以外)を購入したため	

2. ケガの場合、「負傷原因届」を当組合ホームページより印刷し、必要事項をご記入の上当組合までご提出ください。

◆ ⑲の理由に応じて本申請書の他に以下書類をご準備ください。

1. 治療用装具購入(小児弱視等治療用眼鏡、弾性着衣)

- 医師による作製指示書(意見書、証明書等) **原本**
- 装具購入の領収証 **原本**
- 通帳またはキャッシュカードコピー ※1
- 本人確認資料 ※2

2. 治療用装具購入(1.以外)

- 医師による作製指示書(意見書、証明書等) **原本**
- 装具作製確認書(別紙)
- 装具購入の領収証 **原本**  
明細書が別紙の場合は明細書も必要
- 装具写真(メール)※3 **または**  装具写真(同封)※3
- 通帳またはキャッシュカードコピー ※1
- 本人確認資料 ※2

※1. 当健保資格喪失者の方のみ対象

※2. マイナンバーを記載した方のみ対象

※3. 写真の添付について

- 1) 療養費支給申請書を送付頂く際に同封するか、メール(kenpo@kddi.com)にて送付してください。
- 2) メール本文には必ず氏名、被保険者証の記号番号をご記入ください。
- 3) 前面と後面・側面・内側(裏側)を撮影してください。
- 4) ロゴやタグ等がある場合には、判読できるよう撮影してください。
- 5) 説明書等がある場合には、表紙及び、各部の名称など全体図が掲載されているページを撮影してください。

# 【装具作製確認書(別紙)】

記入例

小児弱視等治療用眼鏡及び弾性着衣購入の場合は、本確認書の添付は不要です。

被保険者証 記号-番号	被保険者名	受診者名
123-45678	健保 太郎	健保 花子

①医師から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)。

①～⑦全てのご質問にご回答ください。

- |  |                                  |                                       |
|--|----------------------------------|---------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 患部の支持・矯正・固定・免荷 | <input type="checkbox"/> 再発防止・予防 | <input type="checkbox"/> 痛みや症状の緩和(除痛) |
| <input type="checkbox"/> 運動時(スポーツ)に必要              | <input type="checkbox"/> リハビリに必要 | <input type="checkbox"/> 説明を受けていない    |
| <input type="checkbox"/> その他( )                    |                                  |                                       |

②作製した装具は、誰の指示・意思で決められましたか。

- |  |                                   |  |
|--|-----------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 医師の指示    | <input type="checkbox"/> 装具業者のすすめ | <input type="checkbox"/> 自分で決め、医師に作製依頼した |
| <input type="checkbox"/> 医師より提示された治療方法から選択した | <input type="checkbox"/> その他( )   |  |

③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)どのようにサイズを合わせましたか。

- |  |
|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 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ブスを巻き、石膏や粘土などで型を取ったり、足型版を踏み込んだりと、「型」を取るようなことをおこなった (何回行いましたか: 1 回) |
| <input type="checkbox"/> 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   |
| <input type="checkbox"/> 既製品(完成品)装具をSMLのサイズから選ぶため、メジャーで簡単な測定を行った   |
| <input type="checkbox"/> 既製品(完成品)装具をSMLのサイズから選ぶため、試着した   |
| <input type="checkbox"/> 何も行わなかった  |
| <input type="checkbox"/> その他( )  |

(2)どこで行いましたか。

- |   |                                 |
|---|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 病院内 | <input type="checkbox"/> その他( ) |
|---|---------------------------------|

(3)誰が行いましたか。

- |                             |                              |  |                                 |
|-----------------------------|------------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 医師 | <input type="checkbox"/> 看護師 | <input checked="" type="checkbox"/> 装具業者 | <input type="checkbox"/> その他( ) |
|-----------------------------|------------------------------|--|---------------------------------|

④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。

- |  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 自宅安静     | <input type="checkbox"/> 特に指示はされてない            |
| <input type="checkbox"/> 運動(スポーツ)を控えるよう指示された | <input type="checkbox"/> 運動(スポーツ)時に装着するよう指示された |
| <input type="checkbox"/> その他( )              |  |

⑤装具作製後に通院した日付、または通院予定日

令和元年8月15日 / 令和元年9月10日通院予定

⑥装具作製後の治療内容

装具を装着し、自宅で安静にする。  
その後、経過を見てリハビリを開始する。

⑦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支給の対象になるか判断するため、確認させていただきます。

- |   |   |                |                  |
|---|---|----------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> はい             | ⇒ | 補装具申請を行わなかった理由 | ※手帳のコピーを添付してください |
| <input checked="" type="checkbox"/> いいえ |   | ( )            |                  |