

# 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)

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	番 号	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)		③ 生年月日	年 月 日 1. 昭和 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	〒 -				
⑤ 電話番号 (日中の連絡先)	TEL	-	-			
◆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 口座情報	銀行名 <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫		本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/>	預金種別 <input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座・別段預金	
	銀行別、本支店別、預金種別は、口のいずれかに✓を入れてください。		口座番号(ゆうちょ銀行は通帳をご確認ください)			
※ 在 職 者 必 須	⑦ 委任状 (被保険者)	本請求に基づく給付金に関する受領を下記⑧の代理人に委任します。		令和 年 月 日		
	住所・氏名・押印		※現住所④と同じ場合は右の四角に✓を入れてください。 現住所と同じ <input type="checkbox"/>			
事 業 主 記 入 欄	⑧ 委任状 代理人記入欄1	〒 -	TEL	-	-	
	住所		事業所名		⑨ 代理人 記入欄2 (事業主)	
				1 給与払い 2 個人払い <input type="checkbox"/>		

### ◆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)

被保険者(申請者)記入欄

被保険者氏名

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	<input type="checkbox"/>	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		⑪ 生年月日	<input type="checkbox"/>	1. 昭和 年 月 日 2. 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3. 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	⑫ 傷病名		⑬ 発病または 負傷年月日	<input type="checkbox"/>	1. 昭和 年 月 日 2. 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3. 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	⑭ 該当の傷病は 病気ですか? ケガですか?	<input type="checkbox"/>	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 <input type="text"/>		所在地 <input type="text"/>	診療した医師の氏名 <input type="text"/>
	⑯ 装具の名前		⑰ 支払日	<input type="checkbox"/>	1. 平成 年 月 日 2. 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	⑱ 装具の代金	<input type="text"/> 円			
	⑲ 療養費の支給申請 の理由	<input type="checkbox"/>	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		

◆ 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)】

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
—		

## 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)。

- 患部の支持・矯正・固定・免荷
  再発防止・予防
  痛みや症状の緩和(除痛)
- 運動時(スポーツ)に必要
  リハビリに必要
  説明を受けていない
- 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。

- 医師の指示
  装具業者のすすめ
  自分で決め、医師に作製依頼した
- 医師より提示された治療方法から選択した
  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。

- 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: 回)
- 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
- 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
- 既製品(完成品)装具**をSMLのサイズから選ぶため、試着した
- 何も行わなかった
- その他( )

(2)どこで行いましたか。

- 病院内
  その他( )

(3)誰が行いましたか。

- 医師
  看護師
  装具業者
  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。

- 自宅安静
  特に指示はされてない
- 運動(スポーツ)を控えるよう指示された
  運動(スポーツ)時に装着するよう指示された
- その他( )

⑤装具作製後に通院した日付、または通院予定日	
⑥装具作製後の治療内容	
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 type="checkbox"/> いいえ