

健康 保 記 入 欄	資格取得日	昭和 平成 令和	年	月	日
	転入日	昭和 平成 令和	年	月	日
	喪失日	昭和 平成 令和	年	月	日
	被扶養者認定日	昭和 平成 令和	年	月	日

常務理事	部長	課長	係長
		担当	担当

健康保険 被保険者 療養費支給申請書
被扶養者

(治療用装具、小児治療用眼鏡、弾性着衣等用)

※小児治療用眼鏡の対象者は9歳未満の小児です。

※治療用装具購入の場合は裏面の装具作製確認書も記入してください。 ※申請には各種添付資料が必要です。(下部参照)

大阪府信用金庫健康保険組合 理事長 殿

提出日 令和 年 月 日

申請書は もれなく ご記入 下さい。 記入漏れ・ 不備等 で請求書 を返戻 する事 があり ます。	被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	保険証の記号・番号 (右づめ)		被保険者 氏名	(フリガナ)				
				被保険者の生年月日		年 齢	被 保 険 者 の 住 所		
		昭和 平成 令和		年 月 日	歳	〒 —			
		療養が被扶養者 に関するときは、 その方の		(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日		年 齢	被 保 険 者 と の 続 柄	
		傷 病 名				発症又は負傷年月日 (療養開始日)	令和 年 月 日 () 午前・午後	時 頃	
		発症・負傷の 原因及び経過				仕事・通勤中の負傷ですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
		診療を受けた 病院等の		名 称			装具等の費用額		円
				所在地					
		装具等の費用を支 払った日(領収書 記載年月日)		令和 年 月 日	日 数	入院外・入院の別 <input type="checkbox"/> 入院外 <input type="checkbox"/> 入院	装具の装着日		備 考
					日		令和 年 月 日		
		作製の種別		新規・再作成/修理		装具の名称			
		※治療用装具の場合、装具の写真添付要 装具の上下(表裏)左右、サイズ表示、ロゴ等 あればその箇所の写真(計4枚程度)				<input type="checkbox"/> 写真を現像、または プリントアウトし添付		写真データをメール添付し送信 (件名に「療養費支給申請」、本文に「保険証の 記号・番号/被保険者氏名」を明記) メールアドレス: oskk.gm@dream.jp (メール送信日: 令和 年 月 日)	

健 保 記 入 欄	前回支給	なし	あり (平成・令和 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 小児治療用 眼鏡	<input type="checkbox"/> 5歳未満は装着期間1年以上
				<input type="checkbox"/> 小児治療用 コンタクト	<input type="checkbox"/> 5歳以上は装着期間2年以上
	前回支給内容	耐用年数 () 年/使用年数 () 年・月			
	治療用眼鏡等	療養費支給対象上限額	給付の割合	計 算	決定額
		掛けがね式 36,700円 焦点調節式 17,900円 x1.06	義務教育 就学前 8割	() × 0.8 =	円
	レンズ 1枚当り 15,400円	義務教育 就学後~10歳 7割	() × 0.7 =	円	
装具等	支給 算出額	給付の割合	計 算	決定額	
		1. 未就学児 8割		円	
		2. 7歳~69歳 7割			
		3. 70歳~74歳 7割・8割・9割			

- ※ 添付資料
- 治療用装具 ①領収書(原本) ※明細書の発行があればそちらも添付要
②医師の意見書/装着証明書(原本)
③装具の写真(複数枚) ※メールにてデータ送付可
 - 小児治療用眼鏡 ①領収書(原本)
※(フレーム、レンズの単価、レンズの倍率、割引があれば割引額表示)
②医師の治療用眼鏡等の作成指示書(原本)
 - 弾性着衣等 ①領収書(原本) ※明細書の発行があればそちらも添付要
②医師の弾性着衣等装着指示書(原本)

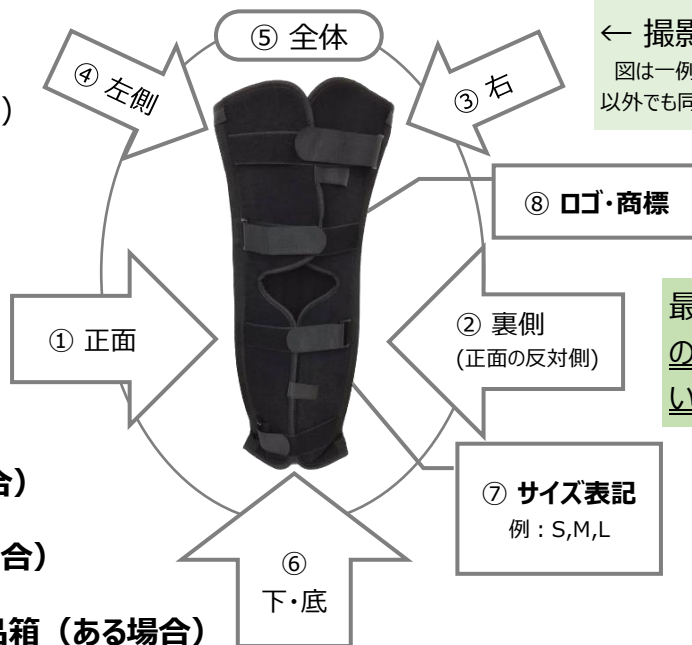
受付印

治療用装具の写真について

(1) 撮影方法について

▶ 切り取り線以下の「**装具作製確認書 別添 作製した装具の写真**」とともに、下記の方向及び箇所について撮影して下さい。

- ① 正面
- ② 裏側（正面の反対側）
- ③ 右側
- ④ 左側
- ⑤ 全体図
- ⑥ 下・底
- ⑦ サイズ表記（ある場合）
- ⑧ ロゴ・商標等（ある場合）
- ⑨ 取り扱い説明書・製品箱（ある場合）



← 撮影方法の例

図は一例です。膝の装具や靴型装具以外でも同じように撮影して下さい。

最大9枚、最低7枚の
写真の撮影をお願いします。

(2) 撮影した写真を、下記いずれかの方法で健康保険組合までご提出ください。

(ア) 撮影した写真を現像またはプリントアウトし、申請書と共に健康保険組合まで提出

宛先：〒540-0029 大阪府大阪市中央区本町橋1-31

大阪府信用金庫健康保険組合 宛

(イ) 撮影した写真の画像データを、健康保険組合までメールで送信

送信先メールアドレス：oskk.qm@dream.jp

件名に「療養費支給申請」、本文に「保険証の記号-番号/被保険者氏名/装具装着者氏名」を明記して下さい。また、申請書にメール送信日を記入して下さい。（右のQRコードからも送信可能です。）



【ご注意】メールに画像データを添付頂く際、恐れ入りますが**100MB以下**の容量で送信下さい。
※100MBを超えた場合、メールクライアントのウイルスチェックで本文・データともに削除されるため。

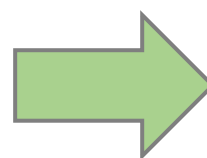
装具作製確認書について

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項目を○で囲んでください。 ◆ 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。
その他の場合は記述にてお答えください。
購入された装具の種類によって、質問内容が異なります。
領収書に記載されている装具の種別が、
▶「既製品」の場合 → 「回答書A」へ
▶「オーダーメイド」の場合 → 「回答書B」へ

★既製品/オーダーメイドの記載がない場合、療養費の申請として不備があるため受付できません。 ◆ 故意に虚偽の申請、回答を行い、健康保険の適用を受けることは犯罪となる場合があります。
購入された装具業者へ、領収書の記載不備についてご連絡 事実に基づいて書類記載をお願いします。
ください。

- ② 作製された装具の写真を添付して下さい。
(装具の上下左右、サイズ表示、ロゴ等あればその箇所の写真)
- ③ 必要に応じて主治医に診療内容の文書照会を行います。
署名を忘れずにご提出ください。



回答書④「既製品（完成品）」

(1) 記号 - 番号			(2) 被保険者名			(3) 受診者名					
記号		番号									
(4) 本疾病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) 装具を装着した日 (適合日)					
令和	年	月	日	令和	年	月	日	令和	年	月	日

④-1. 装具を受け取る際の状況について教えてください。

(1) 義肢装具士が立ち会いましたか？	<input type="checkbox"/>	①立ち会った	<input type="checkbox"/>	②立ち会わなかった	<input type="checkbox"/>	③その他 ()		
(2) 装具は、どこで受け取りましたか？	<input type="checkbox"/>	①医療機関	<input type="checkbox"/>	②装具店	<input type="checkbox"/>	③その他 ()		
(3) 装具の代金は、いつ支払いしましたか？	<input type="checkbox"/>	①納品前	<input type="checkbox"/>	②納品当日	<input type="checkbox"/>	③納品日以降	<input type="checkbox"/>	④その他 ()
(4) 装具代金は誰に支払いしましたか？	<input type="checkbox"/>	①医療機関 窓口	<input type="checkbox"/>	②装具業者	<input type="checkbox"/>	③その他 ()		
(5) 装具代金はどのように支払いしましたか？	<input type="checkbox"/>	①現金・クレジットカード	<input type="checkbox"/>	②振込	<input type="checkbox"/>	③その他 ()		
(6) 装具の領収書は誰から受け取りましたか？	<input type="checkbox"/>	①医療機関 窓口	<input type="checkbox"/>	②装具業者	<input type="checkbox"/>	③その他 ()		

④-2. 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) サイズ選択の方法について教えてください。

<input type="checkbox"/> ①メジャー → 誰が測定しましたか？	<input type="checkbox"/>	①医師	<input type="checkbox"/>	②看護師	<input type="checkbox"/>	③装具業者	<input type="checkbox"/>	④その他 → ()		
<input type="checkbox"/> ②試着	→	①どこで型を取りましたか？	<input type="checkbox"/>	①病院内	<input type="checkbox"/>	②その他 ()				
<input type="checkbox"/> ③採型をした		②何回、型を取りましたか？	_____ 回							
<input type="checkbox"/> ④何も行わなかった		③誰が型をとりましたか？	<input type="checkbox"/>	①医師	<input type="checkbox"/>	②看護師	<input type="checkbox"/>	③装具業者	<input type="checkbox"/>	④その他 ()
<input type="checkbox"/> ⑤その他 ()										

(2) 受け取った装具は、装具業者によってオーダー加工が施してありますか？

<input type="checkbox"/> ①加工はされていない (開封時の状態である)	<input type="checkbox"/>	②加工を施してある	<input type="checkbox"/>	どのような加工が施されています → ()
---	--------------------------	-----------	--------------------------	-----------------------

④-3. 装具は今回初めて作製されましたか？

<input type="checkbox"/> ①以前も購入したことがある	<input type="checkbox"/>	②初めて購入した
--	--------------------------	----------

④-4. 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。

<input type="checkbox"/> ①持っている (※手帳のコピー添付)	<input type="checkbox"/>	②持っていない
---	--------------------------	---------

④-5. 装具を作製する際、誰の指示によって作製されましたか？

<input type="checkbox"/> ①主治医	<input type="checkbox"/>	②自分で決め、医師に依頼	<input type="checkbox"/>	③装具業者	<input type="checkbox"/>	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)
<input type="checkbox"/> ⑤その他 ()						

④-6. 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

(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

④-7. 装具装着期間中、以前と同じ様に運動・スポーツ(部活動)を行っていますか？

<input type="checkbox"/> ①行っている	<input type="checkbox"/>	②行っていない	<input type="checkbox"/>	③その他 ()
---------------------------------	--------------------------	---------	--------------------------	----------

④-8. 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 type="checkbox"/> ①自宅安静	<input type="checkbox"/>	②運動(ｽｰｯ)を控えるように指示された	<input type="checkbox"/>	③運動(ｽｰｯ)をする際に装具装着するように指示された
<input type="checkbox"/> ④特に指示はされていない	<input type="checkbox"/>	⑤その他 ()		

④-9. 装具装着後、次回の来院指示について医師からはどのような指示を受けていますか？

(1) 受診頻度	<input type="checkbox"/>	① 週1回	<input type="checkbox"/>	② 月1回	<input type="checkbox"/>	③ その他 ()
(2) 装具の受け取り日以降、受診しましたか？	<input type="checkbox"/>	①受診した	<input type="checkbox"/>	②受診予定はない	<input type="checkbox"/>	③受診する予定 (月 日)

④-10. 医療費(医療機関発行)の領収書を受け取りましたか？

<input type="checkbox"/> ①いいえ / <input type="checkbox"/> ②はい (※)
--

④-11. 医療機関から文書料の請求はありましたか？

<input type="checkbox"/> ①なかった / <input type="checkbox"/> ②あった (※)
--

④-13. 装具の広告・リーフレットや取扱説明書はありましたか？

<input type="checkbox"/> ①なかった / <input type="checkbox"/> ②あった (※)
--

※領収書、診療費明細書、装具の広告・リーフレット、説明書(メーカー・製品名が明記されている部分)のコピーを提出して下さい。

以上のとおり相違ありません。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。

大阪府信用金庫健保組合 令和 年 月 日 (申請者名)
理事長 殿

回答書Ⓑ「オーダーメイド」

(1) 記号 - 番号			(2) 被保険者名			(3) 受診者名					
記号	番号										
(4) 本疾病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) 装具を装着した日(適合日)					
令和	年	月	日	令和	年	月	日	令和	年	月	日

Ⓑ-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 (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 ()

▶ 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 ()

▶ 装具代金は誰に支払いましたか？ → Ⓐ医療機関 窓口 Ⓑ装具業者 ⓒその他 ()

▶ 装具代金はどのように支払いましたか？ → Ⓐ現金・クレジットカード Ⓑ振込 ⓒその他 ()

▶ 装具の領収書は誰から受け取りましたか？ → Ⓐ医療機関 窓口 Ⓑ装具業者 ⓒその他 ()

Ⓑ-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？

(2) 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) (a) (b)

(a) 患部やその周囲にギプスを巻き、石膏で「型」を取った はい いいえ

(b) 足型版(フットプレッションフォーム)を踏み込み、「型」を取った はい いいえ

① どこで型を取りましたか？ Ⓐ病院内 Ⓑその他 ()

② 何回、型を取りましたか？ _____ 回

③ 誰が型をとりましたか？ Ⓐ医師 Ⓑ看護師 ⓒ装具業者 Ⓓその他 ()

(3) 採寸をした (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) → ① 誰が測定しましたか？ Ⓐ医師 Ⓑ看護師 ⓒ装具業者 Ⓓその他 ()

(4) 何も行わなかった (5) その他 ()

Ⓑ-3. 装具は今回初めて作製されましたか？

Ⓐ以前も購入したことがある (↓ ①~②へ) Ⓑ初めて購入した

①いつ頃作製されましたか？ 年 月頃

②今回の作製した装具は、どちらに該当されますか？

(a)改めて作製した

(b)以前作製した装具を修理した

Ⓑ-4. 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。

Ⓐ持っている (※手帳のコピー添付) Ⓑ持っていない

Ⓑ-5. 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

Ⓑ-6. 装具装着期間中、以前と同じ様に運動・スポーツ(部活動)を行っていますか？

Ⓐ行っている Ⓑ行っていない ⓒその他 ()

Ⓑ-7. 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 ()

Ⓑ-8. 装具装着後、次の来院指示について医師からはどのような指示を受けていますか？

(1) 受診頻度 ① 週1回 ② 月1回 ③ その他 ()

(2) 装具の受け取り日以降、受診しましたか？ Ⓐ受診した Ⓑ受診予定はない ⓒ受診する予定 (月 日)

Ⓑ-9. 医療費(医療機関発行)の領収書を受け取りましたか？

Ⓐいいえ / Ⓑはい (※)

Ⓑ-10. 医療機関から文書料の請求はありましたか？

Ⓐなかった / Ⓑあった (※)

Ⓑ-11. 装具の広告・リフレットや取扱説明書はありましたか？

Ⓐなかった / Ⓑあった (※)

※領収書、診療費明細書、装具の広告・リフレット、説明書(メーカー・製品名が明記されている部分)のコピーを提出して下さい。

以上のとおり相違ありません。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。

大阪府信用金庫健保組合 令和 年 月 日 (申請者名)
理事長 殿