

健 保 記 入 欄	資格取得日	昭和 平成 令和 年 月 日		常務理事	部 長	課 長	係 長
	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			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。	被保険者の記号・番号 (右づめ)			被保険者 氏名	(フリガナ)			
					本申請書の療養に要した費用に関して療養費の支給を申請し、給付金の受領を事業主に委任します			
	被保険者の生年月日			年 齡	被保険者の住所			
	昭和 年 月 日				〒 一 日中の連絡先 () 一			
	被保険者が記入するところ	療養が被扶養者に関するときは、その方の 氏名	(フリガナ)			生年月日	年齢	被保険者との 続柄
						昭和 年 月 日	歳	
	被保険者が記入するところ	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				仕事中・通勤中の負傷ですか	第三者行為によるものですか	
	被保険者が記入するところ	診療を受けた病院等の 名称				装具等の費用額		
		所在地						円
被保険者が記入するところ	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	装具の装着日		備 考	
		日	<input type="checkbox"/> 入院外 <input type="checkbox"/> 入 院	令 和 年 月 日				
被保険者が記入するところ	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) 写真添付方法(どちらか一方に団を入れる)	<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	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	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	
		掛けめがね式 焦点調節式	36,700円 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 1. 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 受付印

- 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

2. 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)

3. 弹性着衣等 ①領収書(原本) ※明細書の発行があればそちらも添付要

- ②医師の弹性着衣等装着指示書(原本)

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

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）

⑤ 全体

③ 右

⑧ ロゴ・商標

② 裏側
(正面の反対側)

← 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

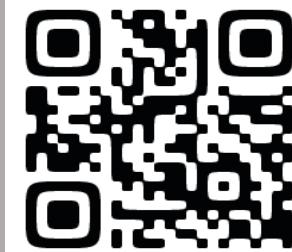
大阪府信用金庫健康保険組合 宛

(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.ip

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／装具着用者氏名」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。）

QRコード



【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○で囲んで下さい。
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、

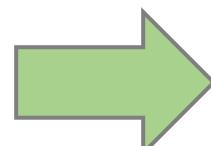
►「既製品」の場合 → 「回答書Ⓐ」へ

◆ 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。

►「オーダーメイド」の場合 → 「回答書Ⓑ」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。
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。

- 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Ⓐ「既製品（完成品）」

(1) 記号－番号 記号	番号	(2) 被保険者名	(3) 受診者名		
(4) 本疾病に対し初めて受診した日(初診日) 令和 年 月 日		(5) 装具を作製することが決まった日 令和 年 月 日		(6) 装具を装着した日(適合日) 令和 年 月 日	

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

(1) サイズ選択の方法について教えてください。

- ①メジャー → 誰が測定しましたか? ②医師 ③看護師 ④装具業者 ⑤その他→ ()
- ②試着 ①どこで型を取りましたか? ②病院内 ③その他 ()
- ③採型をした → ②何回、型を取りましたか? 回
- ④何も行わなかった ③誰が型をとりましたか? ④医師 ⑤看護師 ⑥装具業者 ⑦その他 ()
- 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?

- ①加工はされていない / ②どのような加工が施されています → ()
(開封時の状態である)
か?
- (b) 加工を施してある

Ⓐ-3. 装具は今回初めて作製されましたか?

- ①以前も購入したことがある ②初めて購入した

Ⓐ-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。
 ①持っている(※手帳のコピー添付) ②持っていない

Ⓐ-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?

- ①主治医 ②自分で決め、医師に依頼 ③装具業者 ④治療法(固定方法)を選択し装具を作製
(例:ギブスか装具かで選択等)
- ⑤その他 ()

Ⓐ-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

Ⓐ-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?

- ①行っている ②行っていない ③その他 ()

Ⓐ-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?

- 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 ()

Ⓐ-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 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? ①受診した ②受診予定はない ③受診する予定 (月 日)

Ⓐ-10. 医療費(医療機関発行)の領収書を受け取りましたか?

- ①いいえ / ②はい(※)

Ⓐ-11. 医療機関から文書料の請求はありましたか?

- ①なかった / ②あった(※)

Ⓐ-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?

- ①なかった / 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。

回答書B「オーダーメイド」

(1) 記号 - 番号 記号	(2) 被保険者名	(3) 受診者名
番号		
(4) 本疾病に対し初めて受診した日(初診日) 令和 年 月 日	(5) 装具を作製することが決まった日 令和 年 月 日	(6) 装具を装着した日(適合日) 令和 年 月 日
B-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? ⑥ 靴店 <input type="checkbox"/> ⑤ 医療機関 <input type="checkbox"/> ④ その他 () (装具業者)		
(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? <input type="checkbox"/> ② 主治医 <input type="checkbox"/> ④ 自分で決め、医師に依頼 <input type="checkbox"/> ③ 装具業者 <input type="checkbox"/> ⑦ 治療法(固定方法)を選択し装具を作製 (例:ギブスか装具かで選択等) <input type="checkbox"/> ③ 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? → <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 () ▶ どこで受け取りましたか? → <input type="checkbox"/> ④ 医療機関 <input type="checkbox"/> ⑤ 靴店 <input type="checkbox"/> ⑥ その他 () ▶ 装具の代金は、いつ支払いましたか? → <input type="checkbox"/> ③ 納品前 <input type="checkbox"/> ⑤ 納品当日 <input type="checkbox"/> ⑥ 納品日以降 <input type="checkbox"/> ⑦ その他 () ▶ 装具代金は誰に支払いましたか? → <input type="checkbox"/> ④ 医療機関 窓口 <input type="checkbox"/> ⑤ 装具業者 <input type="checkbox"/> ⑥ その他 () ▶ 装具代金はどのように支払いましたか? → <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 () ▶ 装具の領収書は誰から受け取りましたか? → <input type="checkbox"/> ④ 医療機関 窓口 <input type="checkbox"/> ⑤ 装具業者 <input type="checkbox"/> ⑥ その他 () 		
B-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?		
<input type="checkbox"/> (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 <input type="checkbox"/> (a) <input type="checkbox"/> (b) (a) 患部やその周囲にギブスを巻き、石膏で「型」を取った <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (b) 足型版(フットプロテクションフォーム)を踏み込み、「型」を取った <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
① どこで型を取りましたか? <input type="checkbox"/> ④ 病院内 <input type="checkbox"/> ⑤ 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? <input type="checkbox"/> ④ 医師 <input type="checkbox"/> ⑤ 看護師 <input type="checkbox"/> ⑥ 装具業者 <input type="checkbox"/> ⑦ その他 ()		
<input type="checkbox"/> (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? <input type="checkbox"/> ④ 医師 <input type="checkbox"/> ⑤ 看護師 <input type="checkbox"/> ⑥ 装具業者 <input type="checkbox"/> ⑦ その他 ()		
<input type="checkbox"/> (4) 何も行わなかった <input type="checkbox"/> (5) その他 ()		
B-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 (↓ ①～②へ) ① いつ頃作製されましたか? 年 月頃		
② 初めて購入した ② 今回の作製した装具は、どちらに該当されますか? <input type="checkbox"/> (a) 改めて作製した <input type="checkbox"/> (b) 以前作製した装具を修理した		
B-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"/> ④ 持っている <input type="checkbox"/> ⑤ 持っていない (※手帳のコピー添付)		
B-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		
B-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?		
<input type="checkbox"/> ④ 行っている <input type="checkbox"/> ⑤ 行っていない <input type="checkbox"/> ⑥ その他 ()		
B-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?		
<input type="checkbox"/> ④ 自宅安静 <input type="checkbox"/> ⑤ 運動(スポーツ)を控えるように指示された <input type="checkbox"/> ⑥ 特に指示はされていない <input type="checkbox"/> ⑦ その他 ()		
B-8. 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"/> ④ 受診した <input type="checkbox"/> ⑤ 受診予定はない <input type="checkbox"/> ⑥ 受診する予定 (月 日)		
B-9. 医療費(医療機関発行)の領収書を受け取りましたか?		B-10. 医療機関から文書料の請求はありましたか?
<input type="checkbox"/> ④ いいえ / <input type="checkbox"/> ⑤ はい (※)		<input type="checkbox"/> ④ なかった / <input type="checkbox"/> ⑤ あった (※)
B-11. 装具の広告・リーフレットや取扱説明書はありましたか? ※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。		
以上との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		