

療 養 費 支 給 申 請 書
第二家族療養費
(治療用装具 他)

(受付日付印)

事業主使用欄

この申請書は被保険者が作成したものである □

下段<添付書類>及び注1~4を確認のうえご申請下さい。

被 保 険 者 記 入 欄
被保険者等 記号 番号
事業所名称
所 属 連絡先
被保険者氏名 受診者氏名及び枝番
受診者生年月日 年齢 歳 続柄
疾病または負傷の原因
傷病名 受診した期間 入院・外来の別
受診した医療機関
治療用装具を作成した理由
装具の名称 装着を開始した日
支給金額の受領を事業主に委任します。(注4)
住所 令和 年 月 日
被保険者氏名

※同意書は必ず記入してください。

同 意 書
私は、貴組合に対し、療養費(治療用装具)を請求しており、支給決定に際し貴組合が関係諸機関に対して照会を行うことに同意いたします。
(なお、本書写の場合は原本証明として三菱自動車健康保険組合理事長の印がある場合のみ有効とします。)
三菱自動車健康保険組合 理事長 殿 令和 年 月 日
記号 番号
被保険者氏名

Table with columns for Requested Amount (請求額), Checked Amount (査定額), Self-payment (自己負担額), Medical Expenses (療養費), and Disbursement Decision Date (支給決定年月日).

<添付書類> ※すべて原本で提出をお願いします。

☆治療用装具 - ①装着証明書(医師意見書) ②装具等の購入にかかる領収書及び明細書

A.装具作製確認書 B.装具写真貼付台紙

☆小児弱視用眼鏡等 - ①治療用眼鏡等の作成指示書 ②眼鏡購入にかかる領収書(レシート形式不可)

(注) 1. 毎月23日を受付締切日とし、必要事項を確認のうえ支給決定後、翌月事業所経由で振込します。
2. 診療報酬明細書(レセプト)の内容を確認したうえで、支給決定する必要があるため、給付金の支給に時間がかかる場合があります。あらかじめご了承ください。
3. 第三者行為(交通事故等)により負傷した場合は[第三者行為による傷病届]の提出が必須となりますので、速やかにご提出ください。
4. 任意継続被保険者の方については、加入時に申請いただいた銀行口座へ振込みいたします。

【A：装具作製確認書】

今回医療機関で受診し、医師の指示により作成された装具に対する給付金支払い決定の審査に際して、
【A:装具作成確認書】と**【B:装具写真】**が必要となりますので、ご回答お願い致します。
 (治療用眼鏡・コンタクトレンズを作られた方は**【A:装具作成確認書】**と**【B:装具写真】**の提出は不要です。)

被保険者証		被保険者氏名	受診者氏名
記号	番号		

下記質問について該当するものに○をしてください。(一部記述いただく設問もあります)

問1. 主治医からは、どのような目的の装具だと説明を受けましたか？(該当するものすべてに○をしてください)

- | | | |
|------------------|--------------|---------|
| (1) 患部の支持・矯正・固定 | (4) 再発防止 | (7) その他 |
| (2) 痛みや症状の緩和(除痛) | (5) 日常生活の補装具 | } |
| (3) リハビリ時に必要 | (6) 受けていない | |

問2. 今回作製した装具はいつ装着していますか？(該当するものすべてに○をしてください)
 (下記(1)～(5)に該当しない場合は(6)その他に詳細を記入してください。)

- | | |
|----------------------|--|
| (1) 24時間 | ①スポーツの内容(種目)もしくは業務内容をご記入ください

②スポーツはどのような目的で行っていますか
①趣味 ②健康増進 ③部活・サークル等 |
| (2) 昼間(室内 / 外出時) | |
| (3) 就寝時 | |
| (4) スポーツもしくは過重労働をする時 | |
| (5) スポーツをする時のみ装着 | |
| (6) その他 | |

問3. 作成した装具のサイズ合わせはどのように行いましたか？

- (1) 装具を身体に合わせて作製する為に患部周辺にギブスを巻き石膏で型を取ったり、足型版を踏み込むなど型取りを行った
- (2) 装具を身体に合わせて作製する為に患部周辺の各所をメジャー等で細かく測った
- (3) 既製品(完成品)装具のサイズを選ぶ為(①試着 ②メジャー等で測定)しサイズ合わせをした
- (4) 型取りや採寸、試着等は何も行わなかった
- (5) その他
- どちらか選択してください

問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為、障害者手帳の有無を確認させていただいております。

- (1) 持っている(※障害者手帳のコピー添付要)
- ➡今回の装具を作成するにあたり、貴方居住地の市区町村役場の障害福祉部署へご相談されましたか？
- A: 相談していない 理由:
- B: 相談したが、障害者総合支援法による『補装具』として認定されなかった
- 理由:
- (2) 持っていない

問5. 装具装着後の生活にあたって、医師からはどのような指示や注意を受けていますか？(複数選択可)
 (下記(1)～(5)に該当しない場合は(6)その他に詳細を記入してください。)

- | | |
|---------------------|-------------|
| (1) 絶対安静 | (5) 特に指示はない |
| (2) 過重労働は禁止 | (6) その他 |
| (3) 装具を装着しての日常生活は可能 | } |
| (4) 装具を装着してのスポーツは可能 | |

問6. 装具装着後はどの位の頻度で医療機関を受診されていますか？

- ①週1回 ②月1回 ③その他

ご協力ありがとうございました

【B:装具写真貼付台紙】

★今回作成した装具の写真を貼付してください。(ホチキス不可)

記号	番号	被保険者氏名	受診者氏名

撮影方法について

- ① 装具の全体像が確認できるように撮影してください。
- ② 靴に挿入するタイプの装具(中敷き等)については、靴から取り出し、上から撮影してください。
- ③ サイズ・ロゴ表示等がある場合のみ、その箇所も撮影してください。

① 装具全体像を撮影してください。

② 靴に挿入するタイプの装具(中敷き等)は、靴から取り出し、作成した装具を上から撮影してください。

③ サイズ・ロゴ表示等がある場合のみ、その箇所を撮影してください。

貼りきれない場合は裏面利用可です。