

健康保険 被保険者  
家 族 療養費・付加金 支給申請書

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	記号 7 7 7	番号 5 6 5 6 5	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください	
	氏名	(フリガナ) ケンコウ タロウ	健康 太郎	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 5 7 0 7 2 0
	住所	(〒 514 - 8888 )	三重 都 道 府 県	松阪市栄町254	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 000 ( 222 ) 1234			

本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。)				
	金融機関 名称	松阪北	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( )	本店 支店 出張所 本所 支所	
	預金種別	普通	口座番号 (右づめ)	3 3 3 3 3 3 3	

▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。

口座名義 (カタカナ)	ケンコウ タロウ						
----------------	----------	--	--	--	--	--	--

「申請者記入用」は2ページに続きます。&gt;&gt;&gt;

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

健康保険 被保険者 療養費・付加金 支給申請書  
家 族

被保険者氏名 健康 太郎

申請内容	1 受診者	1 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 2 家族(被扶養者)		
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名 健康 保	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 23 年 8 月 8 日
	2 傷病名	左足関節捻挫	3 発病または 負傷年月日	令和 5 年 2 月 4 日
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	(原因および経過 いつ、どこで、何をして等) 令和5年2月4日(土)午後3時頃、松阪球場で野球の試合中に 足を捻った。 <input checked="" type="checkbox"/> 業務上又は通勤途上、第三者の行為による負傷ではありません。		
	5 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	診療した医師等の氏名
		きいろクリニック	松阪市野村町88	〇〇 〇〇
	6 診療を受けた期間	名称	所在地	診療した医師等の氏名
	6 - ①上記の期間に 入院していた場合は、 その期間	5 年 2 月 4 日 から 5 年 2 月 9 日 まで	日数	6 日
	7 装具等の装着について 指示を受けた日	5 年 2 月 4 日	8 装具装着日	5 年 2 月 8 日
	9 療養に要した費用の額	8,649 円		
10 治療用装具名・診療の内容	左短下肢装具硬性			
11 療養費の支給申請の理由	該当の申請理由を☑してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具を作成したため <input type="checkbox"/> 立替払い(理由: _____)			

○治療用装具を装着したときは、医師の「意見書」・「装具装着証明書」・領収書(原本)・装具作成確認書・装具写真(小児弱視等の治療用眼鏡は除く)を添付のこと。

○診療費の立て替え払いをしたときは、「診療報酬明細書」に準じる明細と領収書(原本)を添付のこと。

# 装 具 作 製 確 認 書

あなた（または被扶養者）が医療機関等で受診し、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の審査に必要なため、受診された際の状況等についてご回答をお願いいたします。

①下記の質問について該当する箇所に○を付してください。その他の場合は記述にてご回答ください。

②給付金支払いの可否については、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、支給決定 まで、時間を要する場合がありますのでご了承ください。

問1.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。（複数回答可）	
<input checked="" type="checkbox"/> ① 患部の支持・矯正・固定・免荷 <input type="checkbox"/> ② 痛みや症状の緩和（除痛） <input type="checkbox"/> ③ リハビリ時に必要	<input checked="" type="checkbox"/> ④ 再発防止・予防 <input type="checkbox"/> ⑤ 日常生活の補助具 <input type="checkbox"/> ⑥ 受けていない
<input type="checkbox"/> ⑦ その他（例：運動時に着用等）	
〔 〕	
問2.作製した装具のサイズ合わせをどのように行いましたか。	〔行った場所・行った人〕
<input type="checkbox"/> A 患部やその周辺にギプスを巻き石膏で「型」を取った	どこの場所で行いましたか
<input type="checkbox"/> B 足型版（フットプレッションフォーム）踏込みで「型」を取った	病院内 ・ その他（ ）
<input type="checkbox"/> C オーダーメイドをするためにメジャーで細かく採寸をした	
<input checked="" type="checkbox"/> D 既製品（完成品 S・M・L）装具を購入した	誰が行いましたか
<input type="checkbox"/> E 何も行わなかった	医師 ・ 看護師 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 装具業者
<input type="checkbox"/> F その他（ ）	
問3.装具装着後の療養にあたって、医師からどのような指示や注意を受けていますか。	
<input checked="" type="checkbox"/> ① 自宅安静 <input checked="" type="checkbox"/> ② 運動(スポーツ)を控えるように指示された <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ④ 特に指示はされていない <input type="checkbox"/> ⑤ その他 ( )

三重県農協健康保険組合 御中
私は、私が申請した療養費・付加金の給付を受けるにあたり、貴組合の職員が必要に応じて、関係機関（医療機関および装具業者等）に診療内容等の照会を行うこと、およびその回答を得ることに同意します。
令和5年 2月 10日
健康 太郎
被保険者名（自署）

## 装 具 写 真

以下の①②いずれかの方法で提出してください。該当する提出方法にチェックを入れてください。

① 現像（プリント）写真で提出

撮影した写真を現像し、添付してください。

② 画像データで提出（送信先アドレス： [jakenpo@kenpo.jamie.or.jp](mailto:jakenpo@kenpo.jamie.or.jp)）

携帯・スマートフォン等で撮影した写真の画像データを健康保険組合宛にメールで送信してください。

※右のQRコードから健康保険組合宛のアドレスが読み取れます。

※件名に事業所名・被保険者氏名を入力し、本文は未入力で送信してください。



<b>[撮影方法]</b> * 装具全体が確認できるように撮影してください。	写真添付
<b>[補足事項]</b> * 膝・足首のサポーターについては装具を装着した状態で撮影してください。 * 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て撮影してください。 * 肌が著しく露出する場合は服の上から装着した状態で撮影してください。 * 装具の形状がはっきりと確認できない場合は、再提出をお願いする場合がありますのでご了承ください。 * 治療用眼鏡の場合は不要です。	