

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

1

2

被保険者(申請者)記入用

事務作業簡略化の為、両面印刷にご協力お願いいたします。

被保険者(申請者)情報	記号	1 0 0 1	番号	2 3 4 5 6	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)				<input type="checkbox"/> 昭和	0 1 1 1 2 0		
					<input checked="" type="checkbox"/> 平成			
	氏名	(フリガナ)	ボツシュ ケンポ					
	氏名	ボツシュ 健保						
住所	(〒 355 - 0028 )	埼玉	都道	東松山市	箭弓町2-5-5	府県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 0493 ( 22 ) 0890							
<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )								

振込先指定口座	金融機関 名称	埼玉りそな	銀行 金庫 信組 農協 漁協 其他 ( )	東松山	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 1. 普通 2. 当座 3. 別段 4. 通知	口座番号	7 6 5 4 3 2 1	左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(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 の区分
	口座名義	ホ ッ シ ュ ケ ン ポ °			

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和 年 月 日
	氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ		
	代理人 (口座名義人)	(〒 - ) TEL ( )		
	住所	(フリガナ)	委任者と 代理人との 関係	
	氏名			

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

(R2.12)  
受付日付印

ご記入頂いた個人情報は、当組合が健康保険法及び関係通達等に則り正しく又公平に事業運営を行うために収集するものです。これ以外の目的で個人情報を利用又は第三者提供を行うことはありません。また記入内容についてお尋ねしたり、必要に応じて別途証書類を提出していただくことがあります。この個人情報のお取り扱いについてのお問い合わせや開示請求等は、ボツシュ健康保険組合 総務課(電話 0493-22-0890)までご連絡ください。※個人情報の取り扱いについてはホームページ「個人情報保護方針」もご覧ください。

ボツシュ健康保険組合

〒355-0028 埼玉県東松山市箭弓町2-5-5 社内便: Hig RBHI

健康保険 被保険者家族 療養費支給申請書(治療用装具)

1 2 被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

ボッシュ 健保

申請内容

1 受診者

1 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

1 - )家族の場合はその方の

氏名

生年月日

昭和  平成  令和  
年 月 日

2 傷病名

両偏平足

3 発病または  
負傷年月日

平成  令和 X年 9 月 16 日

4 発病の原因および経過  
(詳しく)

肥満により負荷がかかっていた様でかかるとに痛みが発生  
装具を着けて痛みがなくなり、経過は良好

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

〇〇整形外科医院

埼玉県日高市△△△

□□□□

名称

所在地

診療した医師等の氏名

6 診療を受けた期間

(令和) 年 月 日

年 月 日

0 X 0 8 2 8

から

0 X 0 9 1 6

まで

日数

3

日

6 - )上記の期間に  
入院していた場合は、  
その期間

(令和) 年 月 日

年 月 日

から

まで

日数

日

7 装具等の装着について  
指示を受けた日

(令和) 年 月 日

8 装具装着日

(令和) 年 月 日

0 X 0 8 2 8

0 X 0 9 1 6

9 療養に要した費用の額

25,000

円

添付する領収書(原本)に基づく金額を  
お書き下さい。

10 診療の内容

検査、診察、両足底装具の装着

11 療養費の支給申請の理由

5

5. 治療用装具を作成したため

この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。(  にチェックをお願いいたします )

① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。

② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

# 装具作製確認書①

治療用装具の場合のみ提出

給付金の審査支払に必要であるため、今回申請された治療用装具の作製についてご回答ください。

治療用眼鏡・弾性着衣を作られた方は、提出不要です。

被保険者証		被保険者氏名	装具をつけた方の氏名
記号	番号		
1001	23456	ボッシュ 健保	ボッシュ 健保
作製した装具名		装具をつけた日(購入日)	
両足底装具		令和 0X 年 09 月 16 日	

該当する番号を記入してください。

問1. 今回の傷病に対する装具の作製は初めてですか？

1. 初めて作製した  
 2. 以前作製したことがあり、改めて作製した  
 3. 以前作製したことがあり、使用中の装具を修理した

1

2.3を選択したとき記入

作製時期	使用状況	返却/廃棄した時期
<input type="checkbox"/> 平成 年 月頃 <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃	<input type="checkbox"/> 1. 現在も使用している <input type="checkbox"/> 2. 装具業者へ返却した <input type="checkbox"/> 3. 廃棄した	<input type="checkbox"/> 平成 年 月頃 <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃

問2. 障害者手帳を持っていますか？

障害者総合支援法による補装具費の支給対象となるか判断するため、障害者手帳の有無を確認します

1. 持っている → 障害者手帳のコピーを添付してください  
 2. 持っていない

2

問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. 患部やその周囲にギプスをまいて石膏をつけたり、足型版をふむなど、「型」をとるようなことを行った  
 2. 患部やその周囲の各所をメジャーで細かく測った  
 3. 既製品(完成品)をS/M/Lなどのサイズから選ぶため、簡単にメジャーで測った(サイズ合わせのみ行った) → 測定を担当した者  
 4. 何も行わなかった  
 5. その他 → その方法を詳しく

1

測定を担当した者

3

1. 医師 2. 看護師など  
3. 装具業者

# 装具作製確認書②(写真添付用)

## 撮影方法について

- ①下の枠内に写真(普通紙で可)を貼ってください。貼付できない場合は添付してください。
- ②装具全体像が確認できるように撮影してください。
- ③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。
- ④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。

②装具全体像が確認できるように撮影してください。

③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。

④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。