

療養費支給申請書 (装具用)

※請求の時効は2年です

※治療内容等の確認を行うため、支払いに半年ほどかかる場合があります。

年 月 日提出

被 保 険 者 (請 求 者) が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 記号-番号	-		フリガナ					
	所 属	部 室・工場 課 係							
	社内メール	〒	内 線 又は外線	-	書記名		書記TEL	-	
	被保険者住所	〒	-		TEL() -				
	照会等の同意	私は、本療養費の支給に際し、貴保険組合が必要に応じ、担当医、装具会社、又は他の関係する保険者等に必要な情報を提示すること及び照会することに同意します。また、この請求書の写しも有効であることに同意します。						被保険者氏名 (署名)	
	療養を受けた 方の氏名			生年月日	S・H・R	年	月	日	続柄
	医療扶助該当 の有無	有	有の場合は、該当する制度に○を付けて下さい。			発病又は負傷の日 (外傷病名のみ)※	年		
		無	1. 子ども医療 2. 障害者医療 3. ひとり親医療			月		日 ()	
	傷病名				作製装具名				
	発病又は負傷の原因 (外傷病名のみ)※	どこで			何をしていたか				
第三者行為又は業務上(通勤中も含む)による傷病ですか?				<input type="checkbox"/> はい ⇒申請前に健保組合までお問合せください <input type="checkbox"/> いいえ					
学校生活でのお怪我の場合、スポーツ共済に申請しますか?(該当者のみご回答ください)				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
療養を受けた 医療機関	名 称						療養に要した費用 (装具領収書金額)		
	所在地						円		
	医師名								
給付金振込先	振込先(被保険者名義) ※裏面の3項⑤をご確認下さい。								
	フリガナ				店 番	口座番号			
	銀行・信金 信組・農協	店			預金種別	フリガナ			
金融機関コード (健保記入)				普通・当座	口座名義人氏名				

申請する理由と必要書類

申請する理由	治療用装具の装着	提出前の最終チェック
必要書類 (書類の確認の際に ご利用下さい)	① <input type="checkbox"/> 装具代金の領収書(原本) ② <input type="checkbox"/> 医師の証明書(原本) ③ <input type="checkbox"/> 装具の写真 → <input type="checkbox"/> 写真添付 → <input type="checkbox"/> データ送付 ④ <input type="checkbox"/> 治療用装具作製確認書	<input type="checkbox"/> 装具代金の領収書は原本が添付してありますか(内訳記載のもの) <input type="checkbox"/> 医師の証明書は原本が添付してありますか(必要と認めた日・装具名・装着日記載のもの) <input type="checkbox"/> ①～④の必要書類がすべて揃っていますか <input type="checkbox"/> 療養費支給申請書と治療用装具作製確認書に署名はしましたか ※決定通知書はD'sぼーたるへの掲載となります。 <input type="checkbox"/> D'sぼーたるは登録してありますか

健 康 保 険 組 合 使 用 欄	給付区分コード	111. 療養費 118. 海外療養費 201. 補装具 その他 ()				支給番号	500		
	区 分	1. 本入 2. 本外 3. 六入 4. 六外 5. 家入 6. 家外 7. 高入一 8. 高外一 9. 高入7 0. 高外7							
	資格取得日	資格喪失日		支給期間	R	年	月	日から	
	家族番号	医療扶助	有 () ・ 無		R	年	月	日まで	日間
	診療実額	円	給付額合計	円	付加金・高額療養費	無・有・停止			
備考									

※ 外傷病名とは、骨折、捻挫、挫傷等などで何らかの原因がある傷病です。(特に原因が特定できないときは不詳とご記入下さい。)

室 長	検 討	担 当	受 付

<療養費とは>

やむを得ない事情で保険証を持たずに医師にかかったり、治療のために装具が必要になったときなどは、いったん全額を立て替え払いし、後で健保組合に申請します。

健保組合に認められると、「療養費（家族は第二家族療養費）」として払い戻しが受けられます。

よって、医師に装具の作製を薦められた場合でも、健保組合の判断により、療養費の給付対象とならないことがあります。

<注意事項>

1. 申請ができるとき

コルセット、義手、義足、義眼等の治療用装具を購入した場合。

但し、以下の①～④すべての要件を満たしている場合。

- ①疾病又は負傷の治療遂行上必要不可欠であるもの
- ②保険診療範囲内では対処方法ない場合作製したもの
- ③厚生労働省が定めている基本工作法に基づくオーダーメイド品であるもの、または対象とすることが適当と認められた既製品
- ④症状固定以前に作製したもの

詳しくは、デンソー健康保険組合のホームページをご確認下さい。

2. 締切日と支給日

①締切日は毎月10日（土・日・祝日の場合はその前日）です。（健康保険組合必着）

但し、毎年8月に限り（長期連休があるため）締切日を稼働日2日目に変更します。

②①の締切日までに健康保険組合に届いた分について、当月27日（土・日・祝日の場合はその前日）に健保登録口座へ振り込みます。手続上、入金までに2～3日要する場合がありますのでご了承下さい。

また、書類の不備や内容の調査等により支給を決定するまでに半年ほどかかる場合があります。

③請求の時効は2年です。2年以内に提出して下さい。（時効の起算日：治療用装具の費用を支払った日の翌日）

3. 申請書記入上の注意事項

①ボールペンで記入し（鉛筆書き不可）記入もれのないようにして下さい。

②書記名・書記内線欄は、本人の内線または外線がない場合、ご記入ください。

③病院で治療を受けた際に、窓口で個人負担分の一部または全部を支払っていない方は、医療扶助該当の有無欄の該当する制度に○を付けて下さい。

④スポーツ共済について・・・学校生活（授業・部活動・登下校中など）でのお怪我の場合、日本スポーツ振興センターの災害共済給付制度に申請ができます。学校生活以外でのお怪我の場合は、回答は不要です。

⑤振込先について

・健保登録口座がある事業所は、原則、健保登録口座に振り込みますので、振込先は記入不要です。

※登録口座のある事業所一覧については、下記デンソー健康保険組合HPをご覧ください。

【健保の給付】→病気やけがをしたとき→●健保登録口座がある事業所一覧

https://www.denso-kenpo.or.jp/benefit_index/sick_list

上記以外の事業所の場合：表面の給付金振込先をご記入下さい。（健保給付金振り込みが2回目以降の方は記入不要）

※健保登録口座以外の振り込みは出来ません。

（請求書または申請書等により、健保からの給付金を受け取ったことがある方はその口座が登録口座となります）

4. 添付書類

①装具代金の領収書（原本）※内訳記載がない場合は、装具明細書（内訳）の原本も送付してください。

②医師の証明書（原本）※治療用装具が必要であると認めた年月日、装具の名称、装着年月日が記載されているものが必要です。

③装具の写真（写真かデータのどちらかで提出）

④治療用装具作製確認書

※①～④の添付書類すべて提出が必要です。書類が揃っていない場合は、返却させていただきます。

※③④については、ご本人様に準備・記入いただく書類となります。

写真添付台紙と治療用装具作製確認書はデンソー健保ホームページから印刷して下さい。

※装具写真は、仕様等が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。

5. 個人情報保護について

①ご記入いただいた個人情報は、健康保険組合からのご案内及び保険給付等の支払いに使用する場合があります。

②個人情報保護に関しては、<https://www.denso-kenpo.or.jp/policy> をご覧下さい。

6. その他

①「こども医療」等の給付申請のため、領収書、証明書等が必要となる場合があります。提出前にコピーを取っておいて下さい。

②詳細についてはデンソー健康保険組合HP <https://www.denso-kenpo.or.jp> をご覧下さい。

7. 問い合わせ・書類送付先

デンソー健康保険組合 1室 給付G 〒448-0045 愛知県刈谷市新富町2丁目41番地（社内メール〒1130）

外線 TEL 0566-25-3122 FAX 0566-24-6301

内線 TEL 549-226

FAX 549-921

E-mail kenpo_kvufu@jp.denso.com

治療用装具写真貼付台紙(表面)*両面印刷して下さい

【プリント写真で提出用】

- ★1. 写真は、枠内に縮小して貼付して下さい。(作製した装具の形状がわかるように写してください)
- ★2. 必ず、装具代金を支払った際受け取った装具全ての写真を撮影して下さい。(台紙が2枚になってもかまいません)
- ★3. 装具仕様が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。
- ★4. 装具の撮影は、装着した状態でも外した状態でもどちらでもOKです。

被保険証記号・番号	被保険者氏名	受診者氏名(続柄)	作製した装具名
—		()	

正面(上から) 装具全体が確認できるように撮影してください

側面(横から：一方からでOKです) 装具全体が確認できるように撮影してください

治療用装具写真貼付台紙(裏面)

裏面(裏から) 装具全体が確認できるように撮影してください

付属品(説明書等) サイズ表記、ロゴ、商標、取扱説明書、その他付属品等があれば撮影してください

作製された治療用装具の写真添付について

(1) 撮影方法について

下記切り取り線以下の「治療用装具写真貼付票」を記入し、作製した装具とともに、撮影して下さい。撮影は、一方向からだけではなく必ず「正面」「側面」「裏面」「附属品」「サイズ表記」「説明書等」等装具の形態が確認できるように撮影して下さい。撮影方向ごとに貼付票を付けて下さい。

★必ず、装具代金を支払った際に受け取った装具全ての写真を撮影して下さい。

★装具仕様が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。

★装具の撮影は、装着した状態でも外した状態でもどちらでもOKです。

(2) 送付方法について

療養費支給申請書を健保組合に送付した日に、撮影した画像データを下記メールアドレスに送付して下さい。

ファイル名は「装具 保険証記号番号 名前(苗字のみ)」にして下さい。

例) 装具 1-123456 加藤

*送付先アドレス： kenpo_kyufu@jp.denso.com

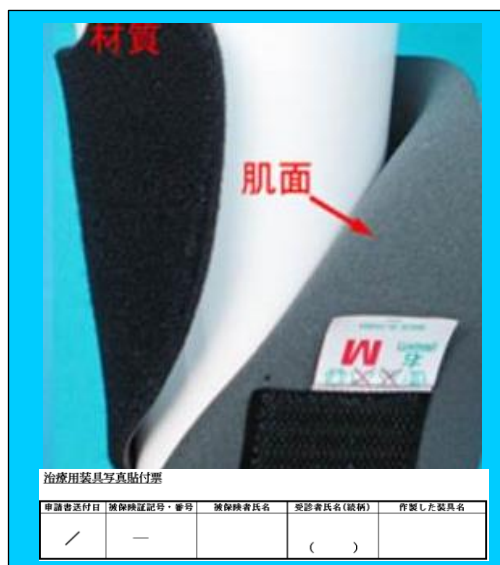
キ リ ト リ

治療用装具写真貼付票

申請書送付日	被保険証記号・番号	被保険者氏名	受診者氏名(続柄)	作製した装具名
/	—		()	

【撮影方法】

「正面」「側面」「裏面」「附属品」「サイズ表記」「説明書等」等それぞれ撮影ごとに貼付票をいれて撮影して下さい。



★必ず貼付票が、装具に重ならないように撮影して下さい。

治療用装具作製確認書

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必要なため、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番号を○で囲んでください。その他の場合は記述にてお答えください。
- ② 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。
- ③ 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。

(1) 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)	(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 (納品日)
令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日

問 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？
<input type="checkbox"/> ① 靴店 (装具業者) <input type="checkbox"/> ② 医療機関 <input type="checkbox"/> ③ 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？ <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 ()
-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"/> 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 ()

問 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) 採型をした (オダメイトで作製するために型を取った) ... <input type="checkbox"/> A or <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 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 → <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ① どこで型を取りましたか？ 病院内 / 他 () <input type="checkbox"/> ② 何回、型を取りましたか？ ____回 <input type="checkbox"/> ③ 誰が型をとりましたか？ 医師 / 看護師 / 装具業者
(2) 採寸をした (オダメイトするために、患部やその周囲の各所をメジャーで細かく測った) →	<input type="checkbox"/> ① 誰が測定しましたか？ 医師 / 看護師 / 装具業者
(3) 既製品(完成品)装具を購入 → 装具サイズとサイズ選択の方法は？ →	装具サイズ → S / M / L / その他 () <input type="checkbox"/> ① メジャー → 誰が測定しましたか？ 医師 / 看護師 / 装具業者 <input type="checkbox"/> ② 試着 <input type="checkbox"/> ③ 何も行わなかった <input type="checkbox"/> ④ その他 ()
(4) 何も行わなかった (5) その他 ()	

問 3. 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

問 4. 装具は今回初めて作製されましたか？

(1) 以前も作製したことがある (①~③へ) (2) 初めて作製した (問5へ)	② 以前作製した装具は (a) 現在も使用している (b) 装具業者へ返却した → (c) 廃棄した → (年 月 日)	③ 今回の作製した装具は、 (a) 改めて作製した (b) 以前作製した装具を修理した
① いつ頃作製されましたか？ 平成・令和 年 月 頃		

問 5. 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) →	① 市町村へ補装具申請を行わなかった理由
(2) 持っていない	

問 6. 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 ()	① 現在、スポーツをしている (a) はい → スポーツ名 () (b) いいえ
■ 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 ()		

以上のとおり相違ありません。

デンソー健保組合 理事長 殿 令和 年 月 日 申請者氏名 (署名)

提出前の最終チェック 記入モレはありませんか 太枠内の署名はしましたか

ご協力ありがとうございました。