

健康保険
Health Insurance

被保険者
Insured Person
家族
Family Member

療養費支給申請書
Application Form for Medical Care Expenses
(治療用装具用) (Therapeutic equipment)

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄 To be Completed by Insured Person	被 保 険 者 情 報 Insured Person's Information	① 被保険者等 Insured Person's	記号 Symbol ※記号・番号が不明の場合は、番号欄に社員番号をご記入ください。 *If the Symbol/Number is unknown, please fill in your employee number in the number field.	番号 Number	② 生年月日 Birth Date 年 月 日 YYYY MM DD		
		③ 氏 名 Name			④ 事業所 名 称 Business Entity Name		
		⑤ 住 所 Address	(〒 -)				
	受診者が家族 (被扶養者)の場合 If the patient is a family member (dependent)	⑥ 氏名 Name	⑦ 生年月日 Birth Date 年 月 日 YYYY MM DD		⑧ 被保険者との続柄 Relationship to Insured Person		
	⑨ 傷 病 名 Name of Illness or			⑩ 発症・負傷 年 月 日 Date of Illness or Injury	年 月 日 YYYY MM DD		
	⑪ 傷 病 の 原 因 Cause of Illness or Injury	・どこで Where	・どのように How				
		⑫ 第三者の行為によるものですか → Caused by a Third-party ?		はい ・ いいえ Yes/No	⑬ 業務によるものですか → Caused by work ? はい ・ いいえ Yes/No		
	診療を受けた 病院 等 Treating Hospital's	⑭ 名 称 Name			⑮ 診療した医師氏名 Treating Doctor's Name		
		⑯ 所在地 Location					
	⑰ 装具購入日 Date of Equipment Purchase	年 月 日 YYYY MM DD		<input type="checkbox"/> 入院 Hospitalization <input type="checkbox"/> 通院 Outpatient	⑱ 領収書の金額 Receipt Amount	円 Yen	
提出書類 Documents to be submitted	・治療用装具の申請 For therapeutic equipment applications ・弾性着衣の申請 For compression garment applications ・治療用眼鏡の申請 For therapeutic glasses applications □ 治療上装具を必要と認めた医師の意見及び装着証明書の原本 Original doctor's opinion certifying the medical necessity for and proof of fitting □ 領収書と明細書(内訳書)の原本 Original receipt and detailed statement (itemized list) □ 装具の写真(下肢装具のみ) ※『治療用装具 写真貼付台紙』を使用してください。 Photo of the device (lower limb devices only) Please use the "Therapeutic Equipment Photo Attachment Form" □ 保険医の作成指示等の写し(検査結果・病名が載ったもの) □ 領収書原本 Original receipt Copy of the insured physician's prescription (including examination results and diagnosis)						

同意書 Letter of consent

FR健康保険組合 理事長殿 To the FR Health Insurance Organization Chairman of the Board:

健康保険法に基づく給付金の支給決定を行うにあたり、FR健康保険組合が関係機関に対して、健康保険加入記録・保険給付記録・療養の給付記録・診療記録・年金等他の法令による保険給付受給に関する情報等の照会を行うこと、また、関係機関がFR健康保険組合の照会に対し回答をすること、及びFR健康保険組合がその回答を得ることに同意いたします。
In line with the decision to pay a benefit based on the Health Insurance Act, I hereby agree to allow the FR Health Insurance Organization to inquire with related organizations regarding my health insurance enrollment record, insurance benefit record, medical care benefit record, medical treatment record, pension, and other information related to the receipt of insurance benefits in line with relevant laws and regulations, and I also agree to allow these related institutions to respond to inquiries from the FR Health Insurance Organization and to allow the FR Health Insurance Organization to obtain these responses.

※ 関係機関とは、前加入保険者、医療機関、年金事務所等を指します。 年 月 (YYYY / MM / DD)
* Related institutions include past insurers, medical care institutions, pension offices, etc.

被保険者氏名
Insured Person's Name

給 付 金 支 払 先 Payment Information	給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。 In general, benefits will be paid to the salary transfer account.	
	尚、給与振込口座へ振り込みを希望されない方は、以下いずれかにチェックを入れてください。(被保険者名義の口座に限る) If you do not want benefits to be paid to the salary transfer account, check one of the following. (Only accounts in the name of the insured)	
	<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。I will use the public fund-receiving account pre-registered on Mynaportal, etc. 注) 口座情報の反映には、登録から数日を要します。 Note: It takes several days for account information to be reflected after registration.
	<input type="checkbox"/>	給与振込口座、マイナポータル等で事前登録した公金受取口座以外を希望します。 I want benefits to be paid to an account other than the salary transfer account/public fund-receiving account pre-registered on Mynaportal, etc. 〔必要添付書類〕 金融機関名称、支店名、口座番号、口座名義の確認できるもののコピー [Required attached document] A copy of a document that can confirm financial institution name, branch name, account number, and account holder name. 注1) 海外送金はできません。 Note 1: Overseas remittance is not possible. 注2) 電子マネーでの送金はできません。 Note 2: Remittances using electronic money are not possible.

- 〔注意事項〕
- 2 ページ目に続きます。
Continued on page 2.

受付日付印
1. 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請を希望する場合は 健保組合までご相談ください。
If you wish to apply using your My Number instead of your insurance card symbol/number, please consult with the FR Health Insurance Organization.

2. 医師の作成指示月の診療報酬明細書到着後の審査になるため、支給決定までに数か月かかる場合があります。
The examination begins after the receipt of the medical cost details for the month of the physician's prescription, so it may take several months before a decision is made on the payment.

3. ⑫傷病の原因が第三者行為によるものであるときは、別に第三者行為による傷病届をこの書類に添付してください。
If the cause of injury/illness in section ⑫ is due to a third party act, please attach a separate "Notification of Injury or Sickness due to a Third-party Act" to this document.

4. 下肢装具を申請する際には、『装具の画像』の添付が必要となります。
When applying for lower limb devices, you must attach a photo of the device.
- FR健康保険組合 [R7.4]
FR Health Insurance Organization (April, 2025)

FR健康保険組合 宛
 To the FR Health Insurance Organization:

治療用装具作成確認書

Confirmation for the Making of Therapeutic Equipment

被保険者または被扶養者が医療機関を受診し、医師の指示により作成された装具に対する給付金の支給可否を判断するにあたり必要なため、以下回答願います。

Please answer the following questions as they are necessary to determine whether or not a benefit can be paid for equipment made under a physician's prescription after an insured person or dependent has visited a medical institution.

(1) 下記質問について該当する項目に✓、または記述にてお答えください。

Please answer the following questions by checking ✓ or filling in the appropriate box.

(2) 必要に応じて主治医等に診療内容の文書照会を行うことがあります。

A written inquiry may be made to the attending physician, etc. about the details of your medical treatment as necessary.

受診者氏名：

Patient's Name:

① 同患部に対し、過去にも装具を作成(購入)したことはありますか。

Have you ever made (purchased) equipment for the same area in the past?

☐ 初めて作成(購入)した (問②へ)

This is my first time making (purchasing) (Proceed to ②)

☐ 以前も作成(購入)したことがある (※下記設問 ↓ (1)～(3)にもご回答願います)

I have made (purchased) equipment in the past (*Please answer questions (1) through (3) below ↓)

(1) いつごろ作成(購入)されましたか。

年 月 頃

(1) When was it made (purchased)?

Around (Month) (Year)

(2) 以前作成(購入)された装具はどうされましたか。

(2) What happened to the equipment that was previously made (purchased)?

(a) 現在も使用している

(a) It is still being used

(b) 装具業者へ返却した

返却時期 年 月 頃

(b) It was returned to the equipment supplier Return date: Around (Month) (Year)

(c) 廃棄した

廃棄時期 年 月 頃

(c) It was disposed of Disposal date: Around (Month) (Year)

(3) 今回作成(購入)した装具は次のどちらに該当されますか？

(3) Which of the following applies to the equipment that has been made (purchased)?

(a) 改めて作成(購入)した

(a) Made (purchased) again

(b) 以前作成(購入)した装具を修理した

(b) Repaired previously made (purchased) equipment

② 装具を作成される際、どのようにして装具の型を取りましたか。(治療用眼鏡の場合回答不要)

How was the equipment molded when it was made? (Answer not required for therapeutic eye glasses)

☐ 包帯のようなものを巻き、石膏を患部に塗って型を取った

Wrapped with bandage-like material and applied plaster to the area to mold it

☐ 粘土やスポンジのようなものを踏んで型をとった

Stepped on clay/sponge-like material to mold it

☐ メジャーやレーザーによって患部のサイズを測った

Measured size of area with a measure/laser

☐ 予め作成されたもの(既製品)から、サイズの合うものを選択した

Selected the appropriate size from an item that was already made (pre-made item)

☐ その他 other ()

③ 装具の型を取る、または、サイズを決める行為は誰が行いましたか。(治療用眼鏡の場合回答不要)

Who molded or determined the size of the equipment? (Answer not required for therapeutic eye glasses)

☐ 医師が行った

Physician

☐ 装具製作者が行った

Equipment maker

☐ 医師と装具業者それぞれが行った

Both physician and equipment maker

☐ 医師及び装具業者以外のもの(看護師等)が行った

Someone other than the physician and equipment maker (nurse, etc.)

④ 医師より、どんな目的の装具だと説明を受けましたか。

What was the purpose of the equipment explained to you by the physician?

【使い方(いつ・どのような時 等)】 [Usage (when, in what case, etc.)]

【見込まれる治療効果】 [Expected treatment effect]

⑤ 医師より、装具装着予定期間について、指示を受けていますか。

Did you receive instructions from the physician regarding the expected equipment use period?

☐ 指示を受けている (予定期間： 年 月 頃まで)

Yes (Expected period: Until around (Month) (Year))

☐ 指示を受けていない

No

⑥ 装具を装着した際、医師が現物の確認を行いましたか。

Did the physician check the actual equipment when it was fitted?

☐ 確認を行った Yes

☐ 確認を行わなかった No

⑦ 装具作成後も医師に定期的に通院するよう指示を受けていますか。

Did the physician instruct you to continue visiting the hospital regularly after the equipment was made?

☐ 指示を受けている (次回通院予定日： 年 月 日)

Yes (Next planned hospital visit: (Day) (Month) (Year))

☐ 指示を受けていない

No