記入例（治療用装具代）

常務理事	事務長	担当	係

健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書
（治療用装具用）

被保険者が記入する欄

被保険者情報	① 被保険者等	記号 1234 ※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。	番号 12345678
	② 生年月日	昭和 50 年 6 月 1 日	
	③ 氏名	山口 太郎	④ 事業所 株式会社＊＊＊＊＊
	⑤ 住所	（〒	（ ）
受診者が家族（被扶養者）の場合	⑥ 氏名	山口 一郎	⑦ 生年月日 平成 13 年 9 月 1 日
	⑧ 被保険者との続柄	長男	
⑨ 傷病名	右足関節捻挫		年 3 月 1 日
⑪ 傷病の原因	・どこで	学校で	・どのように 部活動中に相手選手と接触した際転倒し受傷
	⑫ 第三者の行為によるものですか →	はい ・ いいえ	⑬ 業務によるものですか → はい ・ いいえ
診療を受けた病院等	⑭ 名称	△△病院	⑮ 診療した医師氏名 △△ △夫
	⑯ 所在地	△△県○○市＊＊＊＊＊＊＊	
⑰ 装具購入日	令和 7 年 3 月 3 日	□ 入院 ☑ 通院	⑱ 領収書の金額 14,462 円
提出書類	・治療用装具の申請 ・弾性着衣の申請	≫ ☑ 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 ☑ 領収書と明 ☑ 装具の写真（	
	・治療用眼鏡の申請	≫ □ 保険医の作成	

ご自身の勤務先会社名を記入してください。

ご自身の現住所と、日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。

お子様の申請の場合続柄は「子」ではなく「長男」「長女」のようにご記入ください。

提出書類がもれなく添付されているか、ご確認ください。下肢装具を作成された場合には、別紙の『治療用装具 写真貼付台紙』に装具の画像を貼り添付ください。

同意書

FR健康保険組合　理事長殿

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。

※ 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。

令和 7 年 4 月 1 日

被保険者氏名 山口 太郎

給付金支払先

給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。

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）

□	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。 注）口座情報の反映には、登録から数日を要します。
□	給与振込口座、マイナポータル等で事前登録した 〔必要添付書類〕 金融機関名称、支店名、口座 注1）海外送金はできません。 注2）電子マネーでの送金はできません。

給与振込口座以外の口座をご希望の場合にのみ該当の欄にチェックを入れてください。

〔注意事項〕

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。
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。
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。
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。

2ページ目に続きます。

受付日付印

2枚目

◎この申請書は**2枚一組**です。

FR健康保険組合　宛

治 療 用 装 具 作 成 確 認 書

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。

（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。
（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。

受診者氏名　：　**山口　一郎**

❶ 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。

☐ 始めて作成（購入）した　（問❷へ）

☐ 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）

（1）　いつごろ作成（購入）されましたか。　　年　　月頃

（2）　以前作成（購入）された装具はどうされましたか。

（a）現在も使用している

（b）装具業者へ返却した　　返却時期　　年　　月頃

（c）廃棄した　　廃棄時期　　年　　月頃

（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？

（a）改めて作成（購入）した

（b）以前作成（購入）した装具を修理した

❷ 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）

☐ 包帯のようなものを巻き、石膏を幹部に塗って型を取った

☐ 粘土やスポンジ

☐ メジャーやレー

☐ 予め作成された

☐ その他　（

今回作成（購入）した装具及び
受診の状況等についてご記入下さい。

❸ 装具の型を取る、ま　　要）

☐ 医師が行った

☐ 医師と装具業者それぞれが行った　　☐ 医師及び装具業者以外のもの（看護師等）が行った

❹ 医師より、どんな目的の装具だと説明を受けましたか。

【使い方（いつ・どのような時　等）】

【見込まれる治療効果】

❺ 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。

☐ 指示を受けている　（予定期間　：　　年　　月頃まで　）

☐ 指示を受けていない

❻ 装具を装着した際、医師が現物の確認を行いましたか。

☐ 確認を行った　　☐ 確認を行わなかった

❼ 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。

☐ 指示を受けている　（次回通院予定日　：　　年　　月　　日　）

☐ 指示を受けていない