

支給額	
-----	--

支給期間	自平 令 年 月 日
	至平 令 年 月 日
	日 間

受 付	
決 定	

支 給 支 払 決 議 書				
常務理事	事務長	課 長	係 長	係 員

資 格 取 得	
資 格 喪 失	
支払年月日	

被保険者 被扶養者		療養費支給申請書 (治療用装具用)	
愛知県自動車販売健康保険組合理事長 殿		令和 年 月 日	
住所 被保険者 氏名		⑩	
下記のとおり、申請に必要な書類を添付のうえ、療養費の支給を申請します。 ※該当欄に記入もしくは□に☑をしてください。			
被保険者証の 記号と番号		事業所 の名称	
手当を受けた者の			
氏名		生年 月 日	昭 平 令 年 月 日 被保険者 との続柄
傷病名			
発病又は 負傷年月日	第三者の行為によるものですか		□いいえ □はい
	労務によるものですか		□いいえ □はい
発病又は 負傷の原因	どこで		
	どのように		
手当を受けた 医療機関の	名称	所在地	
治療用装具の 装着日等	医師による作製指示日	平成 年 月 日	治療用装具に 要した費用 円
	装 着 日	平成 年 月 日	
傷病の経過			
保険医又は保険者の 指定する者に療養を 受けることが できなかった理由	□業者に装具作製を依頼したため □その他 { }		

●治療用装具に係る療養費の申請には、この申請書の他に以下の書類と装具の写真の添付が必要です。

- ☐ 医師の意見書及び装着証明書(原本)もしくは医師による指示書(原本)
☐ 装具等の領収書 (原本)

- ☐ 装具作製確認書 (別添)
☐ 作製した装具の写真

※撮影方法等については、別添の
「治療用装具の写真について」を
ご確認ください。

- ☐ 装具と共に撮影した名札

この3つは以下のいずれかを購入した場合は、提出の必要はありません。

- ☐ 小児弱視の治療用眼鏡
☐ 四肢のリンパ浮腫治療のための弾性ストッキング/弾性スリーブ/弾性グローブ/弾性包帯
☐ スタイアグッス・ジ・ジョンソン症候群及び中毒性表皮壊死症の後遺症によるコンタクトレンズ

●審査の上で支給を決定いたしますので、支給まで時間を要することがあります。

装具作製確認書

記号		番号		被保険者 氏名		受診者 氏名		続柄	
----	--	----	--	------------	--	-----------	--	----	--

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。

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？	
① 靴店 (装具業者) ② 医療機関 ③ その他 ()	
(3) 納品時の状況について	
ー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？	
① 主治医 / ② 自分で決め、医師に依頼 / ③ 装具業者 / 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) / ⑤ その他 ()	
ー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？ : ① 立ち会った / ② 立ち会わなかった / ③ その他 ()	
▶ どこで受け取りましたか？ : ① 医療機関 / ② 装具店 / ③ その他 ()	
ー③ 装具の代金は、いつ支払いましたか？ : ① 納品前 / ② 納品当日 / ③ 納品日以降 / ④ その他 ()	
ー④ 装具代金は誰に支払いましたか？ : ① 医療機関 窓口 / ② 装具業者 / 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) 装具を身体に合わせてオーダーメイドするために、患部やその周囲にギプスを巻き、石膏で型を取ったり、足型版を踏み込んだり、「型」を取るようなことを行った	① 左記項目のどちらに該当しましたか → (1) / (2) ② どこで行いましたか？ ① 病院内 / ② 他 () ③ 何回、行いましたか？ ____回 ④ 誰が行いましたか？ 医師 / 看護師 / 装具業者
(2) 装具を身体に合わせてオーダーメイドするために、患部やその周囲の各所をメジャーで細かく測った	
(3) 既製品(完成品)装具を購入した。	① メジャー → 誰が測定しましたか？ 医師 / 看護師 / 装具業者 ② 試着 ③ 何も行わなかった 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) 以前作製した装具は	(3) 今回の作製した装具は、
(2) 初めて作製した (問 5 へ)	(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 → (H R 年 月)	(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 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 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	(4) 特に指示はされていない
(2) 運動(スポーツ)を控えるように指示された	(5) その他
(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	()
■ 受診頻度 : ① 週1回 ・ ② 月1回 ・ ③ その他 ()	

問 7. 医療費(医療機関発行)の領収書を受け取りましたか？ (1) いいえ / (2) はい → ※領収書、診療費明細書のコピーを提出して下さい。

② 作製した装具の写真のご提出方法に○を付してください。

(ア) 撮影した写真を現像し、この確認書に添付して健康保険組合まで提出

(イ) 撮影した写真の画像データを、健康保険組合までメールで送信

※写真撮影の方法及び提出方法については、別添「治療用装具の写真について」をご確認ください。

撮影日 令和 年 月 日

以上のとおり相違ありません。また、今回申請した(第二家族)療養費について、保険給付の支給決定をするための参考として、当健保組合が医療機関及び関係機関に照会することに同意します。

愛知県自動車販売健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日 (被保険者氏名) (印) (電話番号 - -)

愛知県自動車販売健康保険組合 業務課 【ご注意】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ため、支給決定までに時間を要する場合がございますのでご了承ください。

(名古屋市中区栄2-10-19 / TEL052-221-7210)

別添

治療用装具の写真について

(1) 撮影方法について

「名札」をキリトリ線で切り取り、記号・番号、被保険者氏名、写真を撮影した日を記入して装具と一緒に写るように、下記の方向及び箇所について撮影してください。

①正面

【撮影方法の例】※図は一例です。足の装具や靴型の装具以外でも同じように撮影してください。

②裏側(正面の反対側)

③右側

④左側

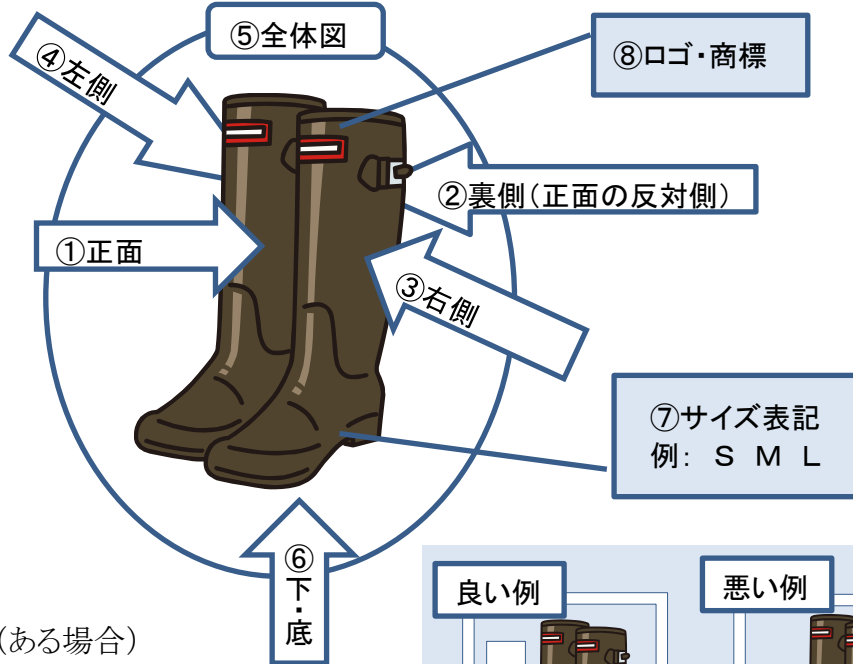
⑤全体図

⑥下・底

⑦サイズ表記(ある場合)

⑧ロゴ・商標等(ある場合)

⑨取扱い説明書・製品箱(ある場合)



【ご注意】

下段のキリトリ線から切り取った「名札」が治療用装具を隠すことがないように撮影してください。



(2) 撮影した写真を、下記いずれかの方法で健康保険組合までご提出ください。

(ア) 撮影した写真を現像し、健康保険組合まで提出

健康保険組合まで事業所を経由、もしくは郵送にてご提出ください。

宛先: 〒460-0008 名古屋市中区栄2-10-19
愛知県自動車販売健康保険組合 業務課 宛

(イ) 撮影した写真の画像データを、健康保険組合までメールで送信

送信先メールアドレス: aijihan@galaxy.ocn.ne.jp
(右のORコードからも送信可能です。)



名 札

(作成した装具と一緒に撮影し、療養費支給申請書に添付)

※以下の各欄に写真で読めるよう大きな文字で記入し、装具と一緒に写真に写してください。

(1) 記号・番号		(3) 写真を撮影した日			
記号	番号	令和 年 月 日			
(2) 被保険者氏名					