

健保組合記入欄	支給決定額	支給決定日 令和 年 月 日			
	円	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者

**A3で印刷して提出してください。**

治療用装具 写真貼付台紙

健康保険 被保険者 家族 **【治療用装具・コルセット等】療養費支給申請書**

- ◎ 写真は枠内に縮小して貼付してください。(作成した装具の形状がわかるよう装着せずに撮影してください)
- ◎ 作製した装具全ての写真を撮影してください。(台紙が2枚以上になっても構いません)
- ◎ 装具の形状、仕様(記載事項)等が確認できない場合は再提出をお願いすることがあります。
- ◎ 装具を加工されている場合、その部分の写真もお願いいたします。

被保険者等 記号番号	100 - 999	被保険者氏名	健保 花子		
事業所名称	健保組合株式会社				
資格取得 年月日	平成 28 年 1 月 1 日 令和	資格喪失 年月日	令和 年 月 日		
装具を装着 した者の 氏名	健保 花子	装具を装着した者の 生年月日	昭和 平成 令和	6 年 5 月 3 日	
傷病名	左脛骨骨折	発症または 負傷年月日	令和	8 年 7 月 1 日	
傷病の原因は第三者の行為(交通事故やケンカ等)によるものですか	2	1. はい 2. いいえ	労働災害、通勤災害に該当する可能性がありますか	2	1. はい 2. いいえ
発症又は 負傷の原因	自宅で荷物を抱えながら階段を降りている際に転倒した (いつ、どこで、どのように負傷したのかを具体的に記載してください)				
診療を受けた 医療機関	□□整形外科	医療機関の 所在地	東京都 △△区 ○○ …		
担当医氏名	○○ ○○	作製装具名	左短下肢装具		
装具代金 支払日	令和 8 年 7 月 20 日	診療に要した 費用の額	75,000 円		
<p>【同意・確認事項】 組合WEBサイトへアクセスし「請求時の同意・確認事項」を必ずご確認ください。 確認後は、同意・確認日の日付を記載しチェック☑をしてください。</p> <p> 同意・確認日 令和 8 年 8 月 15 日</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> WEBページ記載の「同意事項」について同意します。  <input checked="" type="checkbox"/> WEBページ記載の「確認事項」「注意事項」について確認しました。  <input checked="" type="checkbox"/> 請求内容に関し健康保険組合が医療機関等に照会する必要がある場合は同意します。</p> <p>QRコードが読み込めない場合は、下記URLからアクセスしご確認ください。  <b>【MBK連合健康保険組合WEBサイト】</b> <a href="https://www.mbk-rengo-kenpo.or.jp/pay-attention/">https://www.mbk-rengo-kenpo.or.jp/pay-attention/</a></p>					

①正面	②-1側面(右側)
②-2側面(左側)	③裏面(正面の反対側)
<p><b>説明書の「治療用装具の写真添付と撮影方法について」を確認のうえ画像を貼り付けてください。</b></p>	
④タグ、ロゴ、商標、その他付属品等	⑤サイズ表記

MBK連合健康保険組合

受付年月日

注意事項

- 表題の「被保険者」「家族」の文字は、いずれか該当するほうを○でかこんでください。
- 第三者の行為によるものとした場合は、別途「第三者の行為による傷病届」を添付してください。

添付書類について

- 装具業者発行の領収書(原本)
- 治療用装具を購入したとき: 医師が記入・証明した「治療用装具製作指示装着証明書」(原本)
- 弾性着衣等を購入したとき: 医療機関が発行した「弾性着衣等装着指示書」(原本)

説明書の「領収書について」を確認の

えご提出ください。

# 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。

**A3で印刷して提出してください。**

- ① 質問について該当する記号を○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 作製された装具の写真を添付して下さい。(装具の上下左右、サイズ表示、ロゴ等あればその箇所の写真)
- ③ 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。
- ④ 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) 被保険者等記号番号 100-999	(2) 被保険者名 健保 花子	(3) 受診者名 健保 花子
(4) 本疾病に対し初めて受診した日(初診日) 令和 × 年 × 月 ×× 日	(5) 装具を作製することが決まった日 令和 × 年 × 月 ×× 日	(6) 装具を装着した日(適合日) 令和 × 年 × 月 ×× 日

◎今回作製・購入された装具は、どちらになりますか？ 該当する方の質問についてご回答ください。

④ 既製品装具(完成品)       ⑤ オーダーメイド装具

**④ 既製品装具(完成品)**

④-1. 装具を受け取る際の状況について教えてください。

▶ 義肢装具士が装着(適合)時に立ち会いましたか？	<input checked="" type="radio"/> ① 立ち会った	<input type="radio"/> ② 立ち会わなかった	<input type="radio"/> ③ その他 ( )
▶ どこで受け取りましたか？	<input checked="" type="radio"/> ① 医療機関	<input type="radio"/> ② 装具店	<input type="radio"/> ③ その他 ( )
▶ 装具の代金は、いつ支払いましたか？	<input type="radio"/> ① 納品前	<input checked="" type="radio"/> ② 納品当日	<input type="radio"/> ③ 納品日以降( 月 日) <input type="radio"/> ④ その他 ( )
▶ 装具代金は誰に支払いましたか？	<input type="radio"/> ① 医療機関 窓口	<input checked="" type="radio"/> ② 装具業者 手渡し	<input type="radio"/> ③ 装具業者 振込 <input type="radio"/> ④ その他 ( )
▶ 装具の領収書は誰から受け取りましたか？	<input type="radio"/> ① 医療機関 窓口	<input checked="" type="radio"/> ② 装具業者 手渡し	<input type="radio"/> ③ 装具業者 振込 <input type="radio"/> ④ その他 ( )

④-2. 装具のサイズ合わせについて教えてください。

(1) サイズ選択の方法はどのようにされましたか？

<input checked="" type="radio"/> ① メジャーで測定した →	▶ 誰が測定しましたか？	<input type="radio"/> ① 医師	<input type="radio"/> ② 看護師	<input type="radio"/> ③ 装具業者	<input type="radio"/> ④ その他 ( )
<input checked="" type="radio"/> ② 試着	<input type="radio"/> ③ 採型をした	<input type="radio"/> ④ 何も行わなかった	<input type="radio"/> ⑤ その他 ( )		

(2) 受け取った装具は、装具業者によってオーダー加工が施してありますか？

<input checked="" type="radio"/> ① 加工はされていない(開封時の状態である)	▶ どのような加工が施されていますか？ ※加工部分の写真を台紙に添付のこと
<input type="radio"/> ② 加工を施してある	

(3) 立ち会った方をお教えてください。(該当全てに○)

① 医師    ② 看護師    ③ 装具業者    ④ その他 ( )

④-3. 装具の作製・購入は、誰の指示によるものか教えてください。

① 主治医の指示       ② 自分の希望で医師に依頼       ③ 装具業者の指示

④ 治療法【固定方法】を選択し装具を作製(ギプスカ装具かで選択等)       ⑤ その他 ( )

④-4. 主治医からどのような目的の装具だと説明を受けられたか具体的な指示事項を○で選択してください。【複数可】

① 患部の支持       ② 患部の矯正       ③ 患部の固定       ④ 患部の免荷       ⑤ 痛みや症状の緩和(除痛)

⑥ リハビリ時に必要       ⑦ 再発防止・予防       ⑧ 受けていない       ⑨ その他 ( )

④-5. 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たかを教えてください。

① 自宅安静       ② 運動(ｽｯ-ｯ)を控えるように指示された       ③ 運動(ｽｯ-ｯ)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 ( )

④-6. 装具装着後、次の来院指示について医師からはどのような指示を受けているか教えてください。

(1) 受診頻度	<input type="radio"/> ① 週1回	<input type="radio"/> ② 月1回	<input checked="" type="radio"/> ③ その他 ( ※③以外の医師の指示内容をご記入ください。 )	<input type="radio"/> ④ 特に指示されていない
(2) 装具の受け取り日以降の受診について	<input checked="" type="radio"/> ① 受診した	<input type="radio"/> ② 受診していない・受診予定はない	<input type="radio"/> ③ 受診する予定 ( 月 日 )	

④-7. 医療費(医療機関発行)の領収書を受け取りましたか？

① なかった       ② あった(※)

④-8. 医療機関から文書料の請求はありましたか？

① なかった       ② あった(※)

※領収書、診療費明細書のコピーを提出して下さい。

**⑤ オーダーメイド装具**

⑤-1. 装具の作製経緯について教えてください。

(1) オーダーメイド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回答してください) 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教えてください。

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="radio"/> ① 主治医の指示	<input type="radio"/> ② 自分の希望で医師に依頼	<input type="radio"/> ③ 装具業者の指示
<input type="radio"/> ④ 治療法【固定方法】を選択し装具を作製(ギプスカ装具かで選択等)	<input type="radio"/> 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="radio"/> ① 立ち会った	<input type="radio"/> ② 立ち会わなかった	<input type="radio"/> ③ その他 ( )
▶ どこで受け取りましたか？	<input type="radio"/> ① 医療機関	<input type="radio"/> ② 装具店	<input type="radio"/> ③ その他 ( )
▶ 装具の代金は、いつ支払いましたか？	<input type="radio"/> ① 納品前	<input type="radio"/> ② 納品当日	<input type="radio"/> ③ 納品日以降( 月 日) <input type="radio"/> ④ その他 ( )
▶ 装具代金は誰に支払いましたか？	<input type="radio"/> ① 医療機関 窓口	<input type="radio"/> ② 装具業者	<input type="radio"/> ③ その他 ( )
▶ 装具の領収書は誰から受け取りましたか？	<input type="radio"/> ① 医療機関 窓口	<input type="radio"/> ② 装具業者	<input type="radio"/> ③ その他 ( )

⑤-2. 作製した装具のサイズ合わせについて(1)~(4)のいずれかで該当する状況について教えてください。

(1) 採型【オーダーメイドで作製するための型】をした(右質問①②③④を回答)

① ①と②どちらの方法で採型しましたか？

<input type="radio"/> ① 患部やその周囲にギプスを巻き石膏で「型」を取った	<input type="radio"/> ② 足型版(ﾌｯﾄﾌﾟﾚｯｼｮﾝﾌｫｰﾑ)を踏み込み「型」を取った
--	---

(2) 採寸【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る】をした(右質問④を回答)

② どこで型を取りましたか？

<input type="radio"/> ① 病院内	<input type="radio"/> ② その他 ( )
-----------------------------	---------------------------------

(3) 何も行わなかった

③ 何回、型を取りましたか？

何回	回
----	---

(4) その他 ( )

④ 誰が採型または採寸をされましたか？

<input type="radio"/> ① 医師	<input type="radio"/> ② 看護師	<input type="radio"/> ③ 装具業者	<input type="radio"/> ④ その他 ( )
----------------------------	-----------------------------	------------------------------	---------------------------------

⑤-3. 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(右質問①~⑤を回答)	① 傷病名	② 装具名	⑤ 今回の作製した装具はどちらに該当しますか？
	③ 前回の作製はいつですか？	④ 以前作製した装具はどうしましたか？	
(2) 初めて作製した	年 月頃	それはいつですか？	⑥ 以前の装具を修理した
		年 月頃	

⑤-4. 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を確認するため障害者手帳の有無をお伺いします。

① 持っている【手帳の(写)を添付】 →

▶ 申請を行わなかった理由を教えてください。

② 持っていない

⑤-5. 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○で選択してください。(複数可)

① 患部の支持       ② 患部の矯正       ③ 患部の固定       ④ 患部の免荷       ⑤ 痛みや症状の緩和(除痛)

⑥ リハビリ時に必要       ⑦ 再発防止・予防       ⑧ 受けていない       ⑨ その他 ( )

⑤-6. 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(ｽｯ-ｯ)を控えるように指示された       ③ 運動(ｽｯ-ｯ)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 ( )

⑤-7. 装具装着後、次の来院指示について医師からはどのような指示を受けていますか？

(1) 受診頻度	<input type="radio"/> ① 週1回	<input type="radio"/> ② 月1回	<input type="radio"/> ③ その他 ( ※③以外の医師の指示内容をご記入ください。 )	<input type="radio"/> ④ 特に指示されていない
(2) 装具の受け取り日以降の受診について	<input type="radio"/> ① 受診した	<input type="radio"/> ② 受診していない・受診予定はない	<input type="radio"/> ③ 受診する予定 ( 月 日 )	

⑤-8. 医療費(医療機関発行)の領収書を受け取りましたか？

① なかった       ② あった(※)

⑤-9. 医療機関から文書料の請求はありましたか？

① なかった       ② あった(※)

※領収書、診療費明細書のコピーを提出して下さい。

以上のおり相違ありません。      提出日      令和 × 年 × 月 ×× 日

MBK連合健康保険組合 理事長 殿

(申請者名) 健保 太郎

