

健保組合 使用欄	受付日	年 月 日	当務理事	事務長	担当	担当
	申請区分	☐ 治療用 ☐ 治療用 ☐ 弾性着				

資格情報に記載されている

番号をご記入ください

該当にチェックしてください

豊田通商健康保険組合 宛

記入例

療養費支給申請書（治療用装具）

☒ 治療用装具 ☐ 治療用眼鏡等 ☐ 弾性着衣

被 保 険 者 情 報 欄	資格情報		フリガナ	ケンポ タロウ		申請日	2024 年 4 月 1 日	
	記号	番号	被保険者 氏名	健保 太郎		電話番号	〇〇〇-△△△-××××	
	1234	5678				生年月日	〇〇〇-△△△-××××	
						☐ 昭和 ☒ 平成	1 年 6 月 1 日	
(注) 記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書 のいずれかでご確認ください。								
委任状		2024 年 4 月 1 日 ① 給付金の受領は事業主に委任します。 ② 本療養費の支給決定に必要な内容について、貴組合が関係諸機関に照会することに同意します。 ③ 以下のとおり申請します。 被保険者住所 〒 〇〇〇-△△△ 愛知県名古屋市中〇〇〇△△△××× 被保険者氏名 健保 太郎						
振込先		・委任した時は振込先の記入不要 ・任意継続被保険者は給付金振込口座にお振込みします ☐ 銀行 ☐ 信用金庫 ☐ 信組 ☐ 農協 ☐ 本・支店 ☐ 出張所 ☐ 普通 ☐ 当座 口座番号 口座名義人 (カタカナ)						
申 請 内 容	受診者氏名	健保 一郎			続柄	長男		
	傷病名	右腕骨折			発病または 負傷年月日	2023 年 12 月 1 日		
	診療を受けた 医療機関	名称	〇〇〇整形外科		医師の氏名	いつ・どこで・どのようにして傷 病が発生したか記入		
		所在地	〒					
	傷病の原因及び経過 (詳しく)		自宅の階段で転倒した際に、右腕を強打し骨折					
	診療の内容							
	装着について 指示を受けた日	2024 年 3 月 20 日		装着日	2024 年 3 月 25 日			
	作成に要した費用 (領収書金額)	35,000 円		領収年月日	2024 年 3 月 25 日			
	障がい者手帳は お持ちですか？	☒ いいえ ☐ はい ⇒ 【療養費申請の際に】 障がい者手帳のコピーも添付してください。						
	交通事故などの 第三者行為、 又は労災による 傷病ですか？	☒ いいえ ☐ はい ⇒ 【療養の申請前に】 豊田通商健康保険組合まで一度ご連絡ください。						
注 意 事 項	支給の時期	療養費の支給は、毎月20日（土日祝の場合は翌平日）までに審査が完了した申請を翌月10日（金融機関休業日の場合は前平日）に事業所に支給します。 ※任意継続被保険者は、直接給付金振込口座にお振込みします。						
	支給決定通知書	支給月の10日頃からマイヘルスプラスにてダウンロードいただけます。 http://toyotsu.or.jp/kenpo/						

◆申請ルート◆ 申請者→健保組合

記入例

装具作製確認書

今回作製された治療用装具に対する給付金支給の審査において、以下の装具作製確認書のご回答、および、写真提出（写真添付用台紙に添付）が不要な場合がありますが、写真提出しない場合は給付金が支給できません。

- ① 下記質問について該当する番号を記入してください。
- ② 作製された装具の写真を添付してください（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について説明してください。
- ④ 給付金の決定については、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。

資格情報に記載されている
番号をご記入ください

『義眼』『治療用眼鏡』
『弾性着衣』の申請は、
確認書及び写真は、
提出不要です！

資格情報		被保険者名	受診者名
記号	番号	健保 太郎	健保 花子
1234	5678		
(注) 記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書 のいずれかでご確認ください。			
本疾病に対し初めて受診した日（初診日）		装具を作成することが決まった日	装具を装着した日（納品日）
2024 年 1 月 10 日		2024 年 3 月 1 日	2024 年 3 月 10 日
問 1. 装具は今回初めて作製されましたか？			
☒ 以前も作製したことがある（①②へ） ☐ 初めて作製した（問2へ）		① いつ頃作製されましたか？ 2022 年 3 月頃	② 今回の作製した装具は、 どちらに該当されますか？ ☒ 改めて作製した ☐ 以前作製した装具を修理した
問 2. 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。		☐ 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 ☒ 持っていない	
問 3. 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？			
☐ 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ブスを巻き、石膏で型を取ったり、足型版を踏み込んだりと、「型」を取るようなことを行った ⇒（誰が型を取りましたか？ ☐ 医師 ☐ 看護師 ☐ 装具業者）			
☒ 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			
☐ 既製品（完成品）装具を購入した。▶ サイズ選択の方法は？ ☒ メジャー → 誰が測定しましたか？ ☐ 医師 ☐ 看護師 ☒ 装具業者 ☐ 試着 / ☐ 何も行わなかった			
☐ 何も行わなかった ☐ その他（ ）			
☐ その他（ ）			
問 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ましたか？（複数回答可）			
☒ 患部の支持・矯正・固定・免荷 ☐ 再発防止・予防 ☐ その他（例：運動時に着用 等） ☐ 痛みや症状の緩和（除痛） ☐ 日常生活の補助具 ☐ リハビリ時に必要 ☐ 受けていない			
問 5. 作製した装具は、誰の指示・意思で決められましたか？			
☒ 主治医の指示で決めた ☐ 治療法（固定方法）を選択し装具を作製（例：ギブスが装具かで選択 等） ☐ 自分で決めた・医師に作製依頼をした ☐ その他 ☐ 装具製作会社の言われる通りに決めた（ ）			
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？			
☐ 自宅安静 ☐ 特に指示はされていない ☒ 運動（スポーツ）を控えるように指示された ☐ その他 ☐ 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： ☐ 週1回 ☐ 月1回 ☒ その他（ 月2回 ）			

記入例

写真貼付用台紙

①
正面
像

【撮影時注意点】

◎前から装具全体が確認できるように撮影ください。

◎靴に挿入するタイプの装具（中敷き等）については、靴から取り出して上から撮影してください。

◎膝・足首のサポーターについては、装具を装着した状態にて撮影してください。

②
裏
面
像

【撮影時注意点】

◎裏から装具全体が確認できるように撮影ください。

資格情報に記載されている
番号をご記入ください

キリトリ

✂

写真撮影用ラベル

✂

キリトリ

写真撮影用ラベル			
資格情報		被保険者名	受診者名
記号	番号	健保 太郎	健保 太郎
1234	5678		
(注) 記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書 のいずれかでご確認ください。			
作製した装具名		購入日（領収書の日付）	
短下肢装具		2024 年 3 月 30 日	

写真貼付用台紙

③ 側 面 像 （ あ る 場 合 ）	【撮影時注意点】 ◎横から装具全体が確認できるように撮影ください。 ◎左右どちらか一方で構いません。
④ 付 属 品 （ あ る 場 合 ）	【撮影時注意点】 ◎タグ（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。 ◎内容が読み取れるように撮影してください。

今回作製された治療用装具に対する給付金支給の審査において、『装具作製確認書』のご回答、および、写真貼付台紙が必要となります。なお、ご提出がない場合は給付金が支給できません。