

# 健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(治療用装具)の手引き 家 族

医師の指示により治療用の装具（コルセット、弾性着衣など）を購入、装着したときや、9歳未満の小児が小児弱視等の治療を目的として眼鏡やコンタクトレンズを購入した時などに、支給を受けることができます。

なお、医療機関の受診状況の確認等のため、支給の決定は装着した月より3ヵ月以上かかります。

## 申請書は3枚です。漏れなく正確にご記入ください

- 支給申請書は、家族（被扶養者）の療養費支給申請であっても、被保険者ご自身をご記入ください。
- 被保険者が亡くなられている場合は、相続人の方が申請者としてご記入ください。

## 添付書類をご用意ください

### ● 医師の「意見書および装具装着証明書」の原本

- ◆ 医療機関が発行した「医師の意見書(同意書・証明書)及び装具装着証明書」の原本を添付してください。
- ◆ 弾性着衣の場合、医療機関等が発行した「弾性着衣等装着指示書」の原本を添付してください。
- ◆ 小児弱視等の治療用眼鏡等の場合は、医師の「眼鏡等作成指示書」の原本を添付してください。

④ 「眼鏡等作成指示書」に視力等の検査結果が明記されていない場合は、視力等の検査結果のコピーを添付してください。

### ● 購入した治療用装具の写真（治療用眼鏡・義眼・弾性着衣は提出不要）

既製品のロゴマークやインソールの補高など、高さが調整されている場合は、装具の横面や裏面など状態がわかる写真も合わせて提出してください。

④ 取扱書や説明書では代用できません。必ず作成された装具そのものの写真を添付してください。

### ● 「領収書および領収明細書」の原本

受診者氏名、領収明細(内訳別に名称、採型区分、種類等、価格を記載)、オーダーメイドまたは既製品の別(既製品の場合、製品名を含む)、治療用装具を取り扱った義肢装具士の氏名等が記載されたものを提出してください。

**ご提出された書類はいかなる場合でもご返却はできません。**

**必要と思われる場合は、ご提出前にコピーをお取りになっておいてください。**

常務理事	検印	担当



決定年月日

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)  
家族

1 2 3

退職者(申請者)記入用

記入日 令和 年 月 日

被 保 険 者 ( 申 請 者 ) 情 報	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	記号	番号	生年月日				
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	氏名	(フリガナ)			<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
		-----			<input type="checkbox"/> 平成			
	住所	〒	-					
電話番号 (日中の連絡先)	☎	( )						
パナソニック健康保険組合が医療機関等に対して、内容照会を行うこと又は当該医療機関等が内容照会の回答をすることに同意します。( <input type="checkbox"/> に✓を入れてください)								

チェックシート (注) 申請前に必ずチェックを行ってください。

- 医師の「意見書および装具装着証明書」の原本の添付漏れはありませんか？
- 購入された装具の写真(4枚)の貼付け漏れはありませんか？(治療用眼鏡・義眼・弾性着衣は添付不要です)
- 「領収書および領収明細書」の原本の添付漏れはありませんか？ ※ ご提出された領収書等のご返却できません
  - 治療用眼鏡の「領収書」は、お子様の氏名 および 眼鏡の用途が明記されていますか？
  - 健保から給付を受けた後、市区町村へ医療費助成の申請をされる場合は「領収書」のコピーが必要です。必ず、ご自身でコピーをとってからご申請ください。弊健保組合ではコピー対応は行っておりません。
- 申請書は3枚です。揃っていますか？
- 今回の申請は工作中、通勤途中、相手のいる事故等ではないですか？  
該当する場合は、必ずパナソニック健保へご連絡ください。
- 2枚目の給付金振込口座を確認済ですか？(任意継続被保険者あるいは特例退職被保険者の方は記入不要)

健保受付印

健保 記入 欄	SEQ	本人・家族	作成指示日			入院・外来	元金額		支給決定金額	
		本・家	年	月	日	入・外	千	円	千	円
傷病名										
装具名										

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(治療用装具)

1

2

3

退職者(申請者)記入用

今回の申請は、工作中、通勤中、相手のいる事故等に該当しません。※該当の場合、必ず健保へご連絡ください

申請内容

1. 受診者
被保険者 氏名
被扶養者 氏名
生年月日: 昭和/平成/令和 年 月 日

2. 傷病名
3. 発病または負傷年月日: 平成/令和 年 月 日

4. 受診者は市町村から医療費助成を受けていますか
5. 装具の購入金額: 円

障がい: 障がい者等級( )級、障がい名称( )
対象期間: 平・令 年 月 日 ~ 【自己負担 あり・なし】
ひとり親 乳幼児【毎年更新 あり・なし】 その他( )
平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日まで対象

6. 発病の原因 および 経過 (詳しく)
1. 病気 (1. 2 の場合は、原因 および 経過を具体的に記入してください)
2. ケガ
3. 不明
4. その他

7. 装具作成の目的
1. 痛み・症状の緩和 2. 患部の固定・矯正 3. 日常生活の利便性
4. 再発防止・予防 5. その他( )

8. 装具作成時の状況
1. ギブス・石膏・足型版等で型を取った 2. 患部・患部周辺をメジャーで測定
3. S・M・Lのサイズを決めるためメジャーで測定 4. S・M・Lのサイズを決めるため口頭で確認
5. 何も行っていない 6. その他( )

9. 診療を受けた期間
令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日数 日

上記の期間に入院していた場合はその期間
令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日数 日

10. 装具等の装着について 指示を受けた日
令和 年 月 日
11. 装具装着日
令和 年 月 日

給付金は任意継続被保険者、特例退職被保険者へ加入時に記入いただいた被保険者本人の口座へ振込となります。ただし、被保険者死亡のため相続人が申請者となる場合は、下記の振込先を記入ください。

① 振込先の確認

現在の状況について、お尋ねします。

- 1. 在职中
2. 現在、任意継続被保険者、特例退職被保険者としてパナソニック健保に加入中
3. 令和 年 月 日 脱退

「3」に該当する方のみ、②をご記入ください

② 資格喪失の場合の振込口座

コード番号 (金融機関コード) (店番コード)
金融機関名称 (銀行) (金庫) (本店) (支店) (信組) (出張所) (その他)
預金種別 普通 口座番号 (右づめ)
口座名義人
公金受取口座 上記口座でなく、マイナポータル等で事前登録した公金受け取り口座を利用希望の場合は右記に☑⇒☐

※ 被保険者死亡のため相続人が申請者となる場合は、被保険者との続柄(戸籍謄本、住民票等)が必要です。ただし、死亡時に相続人がパナソニック健康保険組合の被扶養者であった場合は不要です。

【治療用装具等 写真貼付台紙】

ご購入された装具の写真の貼付けをお願いいたします(装具が複数ある場合は、装具ごとに1枚使用をお願いいたします)。装具の仕様が確認できない場合は、再提出をお願いする場合があります。

被保険者等 記号・番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受診者氏名

作成した装具名

装具

① 正面

記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

② 側面

③ 靴、靴底(インソール)などは底面

④ ロゴ・サイズ・品番・メーカー表記等(ある場合のみ)

## 【治療用装具等 写真提出に関するご案内】

### ◆撮影方法について

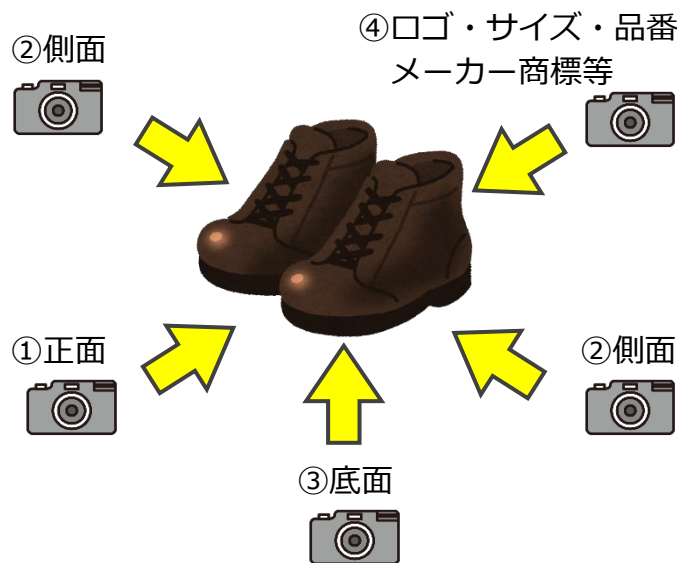
作製されたご本人の装具に対し、下記の方向 および 個所すべてについて撮影をお願いいたします。パンフレットやインターネット等の画像は無効となります。

お手数をお掛けいたします。

なお、弱視等治療用眼鏡、弾性着衣、義眼の場合は、写真提出の必要はありません。

また、装具の仕様が確認できない場合は再提出をお願いする場合があります。

- ① 正 面
- ② 側 面
- ③ 底 面 **【注意】靴やインソールの場合は、必須となります**
- ④ ロゴ・サイズ・品番・メーカー商標等の表記（表記がある場合のみ）



### ◆提出方法について

作製されたご本人の装具の画像①～④について印刷いただき、専用台紙に貼付けをお願いいたします（はずれないようにしっかり貼付けをお願いいたします）。

ご不明な点があれば、下記までお問い合わせください。

「お問い合わせ先」 パナソニック健康保険組合 保険業務部  
フリーダイヤル：0120 - 878 - 863