必ず裏面の留意事項もご確認ください

健康保険 被保険者 家族 療養費(装具・立替)支給申請書

表

下記の通り請求します。なお、給付金の受取については事業主に委任します。(任意継続・特例退職は除く)

記号・番号	被保険者氏名	事業所名称	所属
	印 被保険者自ら記入(自署)する場合押印は不要です		

被保険者住所	〒 －	備考欄 ※1	
療養を受けた者の氏名		被保険者との続柄		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
傷病名		発病または負傷年月日	平成 令和 年 月 日
発病または負傷の原因 (できるだけ詳しく)		外傷の場合記入	□ 第三者の行為によるもの □ 通勤途上 □ 業務上 □ いずれでもない

◆ 療養を受けた方は市町村等から以下のような医療の助成を受けていらっしゃいますか。 □ はい □ いいえ

◆「はい」にチェックをされた方は以下の該当する助成制度にチェックをつけてください。それ以外の医療費助成を受けられている場合はその他にご記入下さい。

□ 乳幼児医療制度・・・対象者例 : 新生児～未就学児童等(市町村によって異なる場合があります)

□ こども医療制度・・・対象者例:未就学児童等～中学校修了等(市町村によって異なる場合があります)

□ 障害者医療制度・・・対象者例 : 障害者手帳を交付されている方等

□ その他( )

<以下の該当する申請内容の欄に必要事項を記載して下さい>

(申請にあたっては裏面をよくお読み下さい)

【治療用装具装着】の申請

・・・コルセット、関節固定器、弾性着衣、小児治療用眼鏡等を装着し、その代金を支払った方等

治療用装具の名称		治療用装具に要した費用の額	※領収書に記載されている金額を記入して下さい 円
治療用装具製作会社の名称			

【立替払い】の申請

・・・医療機関でマイナ保険証等を使用せず治療を受けた方や、誤って他の保険者の健康保険で治療を受け、他の保険者へ医療費を返還された方等

医療を受けた病院等	名称		所在地		
医療を受けた期間	(自) 令和 年 月 日 (至) 令和 年 月 日		日間	医療に要した費用	円
保険診療を受けることができなかった理由	【※該当するものにチェックをつけて下さい。その他の場合はその理由を詳しく記載して下さい。】 □ マイナ保険証等不携帯で受診したため □ 誤って他の健康保険で受診したため □ その他 〔 〕				

※1 個人番号を記入する場合は、備考に記入してください。記号番号を記入した場合は、
個人番号の記入は不要です。
個人番号を記入する場合は、番号確認および身元確認をおこないますので、個人番号カードか
個人番号通知カードおよび写真つき身分証明書(保有していない場合は住所氏名が記載された

健保使用欄				
備考欄	本家区分	入外区分	受診年月日	年齢
	本・家	入・外	年 月 日	

	療養費	付加給付金	高額療養費
計算欄			
決定額	円	円	円

受付印

阪急阪神健康保険組合

(2025.11)

裏

◆請求についての留意事項（必ずご確認下さい）

○提出後、審査を行いますので、全ての装具が支給の対象となるとは限りません。不支給となる事もあります。
○健康保険組合が支給するのは、原則保険診療相当額の7割（未就学児童、該当の高齢者は8割）と
なりますが、支給上限金額が決まっている装具もあります。
○診療内容の確認や、医師への照会を行うこともありますので、結果が出るまで数カ月お時間がかかる
場合がございます。
○立替払いの申請の際は、医療機関や薬局別、入院・入院外別で<u>ひと月ごとに1枚</u>この申請書が
必要です。
○小児弱視等治療用眼鏡の申請は9歳未満の小児が対象です。
○保険診療以外の療養を受けた場合は支給されません。
○通勤途上、業務上の傷病については支給されません。
○第三者行為による傷病の際は「第三者の行為による傷病届」を提出して下さい。
○傷病の内容によっては「負傷原因調査書」を提出いただくことがありますのでご了承下さい。

◆必要添付書類について
（<u>写し提出可のもの以外は全て原本を提出して下さい</u>）

【治療用装具装着の場合】

①治療用装具の領収書
②「医師意見書及び装具装着証明書」
③「装具作製確認書」
※小児治療用眼鏡、弾性ストッキング、弾性スリーブ、弾性グローブ、
弾性包帯の申請には添付不要です。
④「作製した装具の写真」
※**<u>靴型装具のみ必要</u>**（患者が実際に装着する現物であることが確認できるもの）
※写真撮影の際は、「装具作製確認書（別添）」を切り取り、装具の横に置いて
写真を撮影してください。

●小児弱視等治療用眼鏡装着の場合は以下の書類を提出して下さい。
①治療用眼鏡の領収書
②療養担当に当たる保険医の治療用眼鏡等の作成指示等
③対象者の検査結果

※市町村より医療費助成を受けられている方は、上記に加え医療受給者
証の写しを添付して下さい。

【立替払いの場合】

■マイナ保険証等を不携帯で受診した場合
①病院へ支払った領収書
②診療報酬明細書(レセプト) → 診察を受けた医療機関に発行依頼
して下さい。

■誤って他の健康保険を使用したため他の保険者に医療費を返還した場合
①保険者に返還した際の領収書、もしくは納付書控え等
②診療報酬明細書(レセプト) → 医療費を返還した保険者から
受け取って下さい。

※市町村より医療費助成を受けられている方は、上記に加え医療受給者
証の写しを添付して下さい。

(2025.11)

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。

① 下記質問について該当する番号を〇で囲んでください。その他の場合は記述にてお答えください。
② 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・押印を忘れずにご提出ください。
③ 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あります。

(1) 本疾病に対し初めて受診した日	(2) 医師が装具装着の必要を認めた日	(3) 装具を装着した日
平成・令和　　年　　月　　日	平成・令和　　年　　月　　日	平成・令和　　年　　月　　日

問１ 装具は今回初めて作製しましたか？

(1) **以前も作製したことがある**（①～③へ） (2) **初めて作製した**（問2へ）	**② 以前作製した装具はどうしましたか？**	**③ 今回の作製した装具は、どちらに該当しますか？**
① いつ頃作製しましたか？ 平成・令和　　年　　月頃	(a) 現在も使用している (b) 装具業者へ返却した(　　年　　月　　日) (c) 廃棄した(　　年　　月　　日)	(a) 改めて作製した (b) 以前作製した装具を修理した

問２ 障害手帳をお持ちですか？

障害者総合支援法による補装具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）⇒（3）へ (2) 持っていない	(3) 補装具申請を行わなかった理由 (a) 補装具費支給対象外のため (b) 事前申請が間に合わなかったため (c) その他[　　]

問３ 主治医からは、どのような目的の装具だと説明を受けましたか？ (複数回答可)

(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) 日常生活の補助具
(6) 受けていない
(7) その他 (例：運動時に着用 等)

問４ 作製した装具は、誰の指示・意思で決めましたか？

(1) 主治医の指示で決めた
(2) 自分で決めた ・ 医師に作製依頼をした
(3) 装具製作会社の言われる通りに決めた
(4) 治療法(固定方法)を選択し装具を作製 (例:ギプスか装具かで選択 等)
(5) その他
(　　)

問５ 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、石膏や、足型版などで「型」を取った
⇒ (① どこで型を取りましたか？ 病院内 / 病院外　② 何回、型を取りましたか？ ＿回　③ 誰が型をとりましたか？ 主治医・病院関係者 / 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サイズ選択の方法は？ a) メジャー
b) 試着
c) 何も行わなかった
d) その他 (　　)
②誰が測定しましたか？ a) 医師
b) 看護師
c) 装具業者

(4) 何も行わなかった

(5) その他　(　　)

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。

阪急阪神健康保険組合 理事長 殿　　令和　　年　　月　　日

(申請者名)　　㊞

ご協力ありがとうございました。

☑ **申請時 提出書類の確認**（(1) ～ (5) の書類を揃えて健康保険組合へ申請して下さい。但し(5)は靴型装具購入時のみ必要）

☐ (1) 療養費支給申請書
☐ (2) 治療用装具の領収書
☐ (3) 医師の意見書及び装具装着証明書
☐ (4) 装具作製確認書（ 本書 ）
☐ (5) 靴型装具の写真（ ※その他装具の場合は必要ありません ）

靴型装具の写真について

(1) 撮影方法について

▸ 切り取り線以下の **「装具作製確認書（別添）」**とともに、下記の方向 及び 箇所について撮影して下さい。

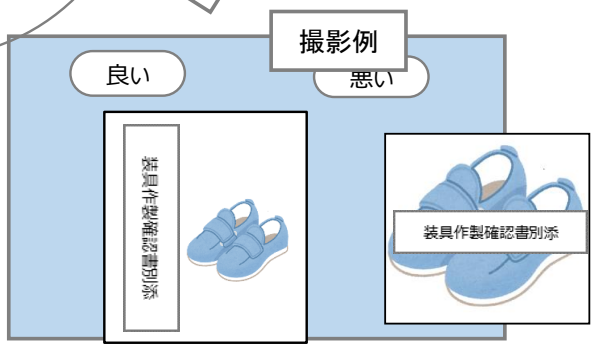
① 全体図

② 左側

③ 右側

④ 後ろ側（正面の反対側）

← 撮影方法の例



【ご注意】
「装具作製確認書（別添）」が治療用装具を隠すことがないように撮影して下さい。

(2) 撮影した写真を、下記いずれかの方法でご提出ください。

(ア) 撮影した写真を印刷し、提出書類と一緒に所属する事業所担当者まで提出
※特例退職及び任意継続被保険者の方のみ健康保険組合宛にご提出ください。

(イ) 撮影した写真の画像データを、健康保険組合　療養費担当までメールで送信
※件名に「療養費申請」と入力。本文に保険証の記号・番号、被保険者の氏名、受診者の氏名を入力。

メールアドレス　sougu@hankyu.co.jp

キリトリ

装具作製確認書（別添）

(1) 記号・番号	(2) 被保険者氏名	(3) 装具を装着した者の氏名
ー		

(4) 療養費支給申請書に添付の「意見書 及び 装具装着証明書」に記載の事項

① 作製した治療用装具の名称	② 医師が装具装着の必要を認めた日	令和　年　月　日
	③ 装具を装着した日	令和　年　月　日

阪急阪神健康保険組合

(2025.11)