

申請にあたっての注意事項

治療用装具

1. 医師の指示に基づいて療養費支給が認められている治療用装具等を購入した場合には、厚生労働省が定める基準等により定められる費用の額を上限として、実際支払った額から、一部負担金の割合を控除した額が払い戻されます。
2. 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、弾性包帯は「通常の療養費支給申請書」をご提出ください。
3. 治療用装具等を購入した場合、払い戻し手続に必要な書類は、2 ページ目の【健康保険被保険者（被保険者・家族）療養費支給申請書】の他に以下のとおりです。
 - ①医師作成の治療用装具作成指示書（＝医師の証明書） **原本**
 - ②治療用装具等購入にかかった領収書**原本と明細書**
 - ③装具作成確認書（3 ページ目）
治療用装具に関する質問をまとめていますので、申請書と合わせて記入・押印してください。
 - ④全体の詳細がわかる**装具の写真（※）**
4. 書類一式は、直接KDDI健康保険組合まで送付してください。
5. 払い戻しの申請は、装具を購入した日の翌日から数えて**2年**を経過する
とできなくなるので、ご注意ください。
6. 修正する場合には、修正箇所を二重線で消し、申請書⑮で使用した印鑑
にて取消印を押印し、空白部分に正しい内容をご記載ください。
7. 申請は2～4 ページ（このページ以外）をすべてご提出ください。
8. 項目の説明
 - ⑰振込先 在職者の方は給与と共に支給されますので記入不要です。
任意継続被保険者、特例退職被保険者の方は口座を登録してい
ない方のみご記入ください。
当健保の資格を喪失している方は必ずご記入ください。

（※）装具の写真について

- 1) 本申請書を送付頂く際に同封するか、メールにて送付してください。
送付先メールアドレス：kenpo@kddi.com
メール本文には送付者がわかるよう氏名、保険証記号番号をご記入ください。
- 2) 前身側と後身側・側面・内側（裏側）を撮影してください。
- 3) ロゴやタグ等がある場合には、判読できるよう撮影してください。
- 4) 説明書等がある場合には、①表紙 ②各部の名称など全体図が掲載
されているページを撮影してください。
- 5) 写真を印刷した場合には申請書に同封してください。

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

治療用装具

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 保険者証		記号：111 番号：12345		② 被保険者の氏名 (保険料を納めている方)		健保 太郎			
	③ 診療を受けた者の氏名及び生年月日		氏名 健保 花子		続柄 妻	生年月日 昭和 50年 8月 1日		昭 <input checked="" type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/>		
	③ 病名		右膝靭帯断裂		⑤ 発病または負傷の年月日		昭和・平成 29年 9月頃 日 (負傷の場合は 時頃)			
	⑥ 発病又は負傷の原因		スポーツ中に負傷							
	⑦ 傷病の経過		平成29年9月負傷後から通院							
	⑧ 装具装着後に受けた診療について		病医院の名称		〇〇クリニック		医師名		〇〇 一郎	
			所在地		東京都〇〇〇区×××...					
	⑨ 装具名		右膝装具硬性							
	⑩ 装具費を支払った日		平成29年 12月 20日			⑪ 装具の代金		金 97,680 円也		
	⑬ 第三者行為によって負傷したものであるか否か		○ある ●ない	⑭ 第三者の行為によって負傷したときは	その事実の届出の有無		○ある ・ ○ない			

記入見本

⑮ 上記の通り申請いたします。

平成 30年 1月 10日 日

住所 被保険者 健保 太郎 印

(日中つながる) 電話番号: 0×0-1234-5678

⑯ 委任状	私は _____ を代理人と定め、この申請にかかる保険給付金の受領方を委任します。	
	年 月 日	印
	被保険者 住所/氏名 _____	印
	代理人 住所/氏名 _____	印

⑰ 振込先	(申請にあたっての注意事項をご参照ください)		
	指定銀行	銀行・信用金庫 信用組合	支店
	口座の種類	普通・当座・貯蓄預金	口座番号
	被保険者 氏名 (口座設定者)	フリガナ	

備考欄 被保険者の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。記号・番号を記入すればマイナンバーは不要です。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)

【装 具 作 成 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、弾性包帯は通常の療養費支給申請書を用いてください。

記号番号 <p style="text-align: center;">1 1 1 - 1 2 3 4 5</p>	被保険者氏名 <p style="text-align: center;">健保 太郎</p>	受診者名 <p style="text-align: center;">健保 花子</p>
① 治医から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) 以下すべてにご回答ください		
<input type="checkbox"/> 患部の支持・矯正・固定・免荷	<input type="checkbox"/> 再発防止・予防	<input type="checkbox"/> 痛みや症状の緩和(除痛)
<input type="checkbox"/> 運動時(スポーツ)に必要	<input type="checkbox"/> リハビリに必要	<input type="checkbox"/> 説明を受けていない
<input type="checkbox"/> その他 ()		
② 作成した装具は、誰の指示・意思で決められましたか。		
<input type="checkbox"/> 主治医の指示	<input type="checkbox"/> 装具制作会社のすすめ	<input type="checkbox"/> 自分で決めた・医師に作成依頼した
<input type="checkbox"/> 装具制作会社の言われるとおりに決め た	<input type="checkbox"/> その他 ()	
③ 作成した装具のサイズ合わせはどのように行いましたか。		
<input type="checkbox"/> 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、石膏や粘土などで型を取ったり、足形版を踏み込んだりと、「型」を取るようなことをおこなった。 ⇒どこで (病院内 ・ 装具業者) 誰が型を取りましたか (主治医/病院関係者 ・ 装具業者) 何回取りましたか (回)		
<input type="checkbox"/> 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 ⇒どこで (病院内 ・ 装具業者) 誰が測りましたか (主治医/病院関係者 ・ 装具業者)		
<input type="checkbox"/> 既製品(完成品)装具を SML のサイズから選ぶため、メジャーで簡単な測定を行った ⇒誰が測定しましたか (主治医/病院関係者 ・ 装具業者)		
<input type="checkbox"/> 既製品(完成品)装具を SML のサイズから選ぶため、口頭でサイズを答えた		
<input type="checkbox"/> 何も行わなかった	<input type="checkbox"/> その他 ()	
④ 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。		
<input type="checkbox"/> 自宅安静	<input type="checkbox"/> 特に指示はされていない	
<input type="checkbox"/> 運動(スポーツ)を控えるように指示された	<input type="checkbox"/> 運動(スポーツ)時に装着するように指示された	
<input type="checkbox"/> その他 ()		
⑤ 装具作成後に通院した日付け		
⑥ 装具作成後の治療内容		
同 意 欄		
保険給付決定に必要が生じた場合、療養を受けた医療機関等に健康保険組合が文書等により当該申請内容について照会することに同意します。 <div style="text-align: right;">被保険者氏名 ㊟</div>		

証 書 添 付(原本)

(装具購入にかかった領収証原本、装具明細、装具作成指示書等)

以下の書類の原本を貼り付けてください

- ・ 医師押印済みの治療用装具作成指示書
- ・ 治療用装具の領収証
- ・ 治療用装具の明細書