

## 療養費（治療用装具）チェックリスト

### ◆お支払は、申請を受け付けてから概ね3ヶ月後です。

診療報酬明細書と照合し審査するため時間がかかりますのであらかじめご了承ください。

（診療報酬明細書は診療月の2～3ヶ月後に健保組合にデータが届きます。）

#### 全てチェックし、申請書に添付してご提出ください。

全てを満たしていても、書類の内容によっては返戻になる可能性がございますので、予めご了承ください。

#### 申請書

- 申請書はもれなく記入しています。（記入例をご確認ください。）
- 本人同意欄に自署で記入しています。（自署でない場合は押印が必要です。）
- けがによる受傷ではありません。  はい  いいえ
- ”いいえ”の方  「負傷原因報告書」を記載の上、添付が必要です。
- 交通事故など第三者行為による申請ではありません。  はい  いいえ
- ”いいえ”の方  「第三者行為による傷病届」を記載の上、添付が必要です。

#### 添付書類

- 領収書（原本、レシート不可） ※領収書台紙に貼付してください。
- ◆眼鏡購入後、レシートではなく領収書書式に沿ったものを添付。  
領収書内には対象者（お子様）の名前が記載されているもの。  
弱視治療用眼鏡代金等、具体的な但し書きが記載されているもの。
- ◆領収書に装具の内訳記載がない場合は、装具明細書（内訳）も送付してください
- 医師の意見書（同意書・証明書）（原本）

#### 該当者のみ

- 下肢（脚）の装具を申請の場合
- ※ ⇒ 当該装具の写真（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）  
◆撮影方法について  
装具の全体像が確認できるように撮影してください。（正面・裏側は必須）

症状固定後の日常生活の利便性のために作成したものは治療用装具とはいえず、支給対象外となります。

※ 下肢（脚）の装具以外であっても、審査上、装具現物の写真（装着時+脱着時）が必要となる場合があります。

# 健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書(治療用装具)

被保険者(申請者)記入用

被保険者情報

被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号	番号	本籍社員番号 記号番号記入の場合は記入の必要はありません	←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(健康保険証)のいずれかでご確認ください
氏名	(フリガナ)		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
本籍会社名	記号がフから始まる方は記入の必要はありません		電話番号(日中の連絡先)	TEL ( )

申請内容

1 受診者	<input type="checkbox"/>	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)
1 - ①家族の場合はその方の	氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
2 傷病名		3 発病または 負傷年月日 令和 年 月 日
4 発病の原因および経過 (詳しく)	1. 病気 2. ケガ 相手がいない事故 相手がいる事故	(原因および経過) →「負傷原因届」を併せてご提出ください。 →「第三者行為による傷病届」を併せてご提出ください。
5 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地
6 装具等の装着について 指示を受けた日	(令和) 年 月 日 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7 装具装着日 (令和) 年 月 日 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8 療養に要した費用の額	円	
9 診療の内容	<input type="checkbox"/> 1. 治療用装具 2. 治療用眼鏡 3. 弹性着衣 4. その他( )	

本人同意欄

私は、健康保険法に基づく保険給付請求等に関し、私にかかる診療報酬明細書および関係書類についてオリックスグループ健康保険組合が当該機関に対して、療養などの内容照会を行うことおよび当該機関が内容照会の回答をすることに同意します。

令和 年 月 日

オリックスグループ健康保険組合 理事長殿

被保険者氏名(自署)

退職者欄

この申請書を提出する時点ですでに退職している方のみ記入(在籍者は給与第一口座へのお振込となります。)			
銀行コード	支店コード	預金の種類	
銀行・農協 信金・信組		本店	普通
口座名義 カタカナで記入	口座番号	支店	当座
			郵便局

受付日付印

健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書(治療用装具)

領収書台紙

被保険者氏名

※紛失防止および証憑製本作業のため、のりで貼付してください（ホチキス止め・クリップ止め不可）

※原本を添付された場合、お戻しできませんのでご注意ください

健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書(治療用装具)

写真台紙

被保険者氏名

【撮影方法】

装具の全体像が確認できるように下記方向から撮影してください。

- ①正面
- ②裏側(正面の反対側)

【ご注意】

- ・付属部品も含め、受け取った装具すべてを撮影してください。
- ・ロゴやタグ(サイズ表記)がある場合は撮影してください。
- ・膝・足首のセン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。
- ・肌が著しく露出する場合は服の上から装着した状態にて撮影してください。
- ・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撮影してください。
- ・写真は現像したもの、プリンタ出力どちらでも構いません。(サイズは任意です。)
- ・提出された写真は返却できません。