

- ・添付書類は必ず原紙を提出してください。(レシート不可) ・添付書類は返却できません。(必要な方は事前にコピーをお取りください。)
- ・装具代については、治療経過等を確認するため、審査にお時間を要します。(給付決定分は、装具装着月の約4か月後に給与口座へ振込)
- ・支給決定通知書については、「保険給付金決定通知書」(給与明細の右下に記載)が、正式なものとなります。
- ・退職後も健康保険へ加入されている方は、書面にて支給決定通知書を送付し、給付口座に振込いたします。

**療 養 費 (被保険者)  
第二家族療養費 (被扶養者) 支給申請書**

個人情報の取扱いについては公表の「個人情報保護基本方針(プライバシーポリシー)」に則り、利用目的の範囲内で取り扱います。  
本人記入欄のご記入は必ずボールペン又はペンでお願いします。

被保険者証(記号・番号)		所 属 名	
記号	番号(氏名コード)	勤務地	会社名・所属・内線番号
			内線番号8- -
診療を受けた人の氏名		診療を受けた人の生年月日	続 柄
		昭和 平成 年 月 日 令和 .....歳	本人 家族：夫 妻 長男 次男 三男 長女 次女 三女 父 母 その他(具体的に記入下さい) [ ]
診療を受けた医療機関・所在地・医師名		傷病の原因 以下に該当しますか	
名称	所在地	医師名	<input type="checkbox"/> 交通事故などの第三者行為によるもの (はい・いいえ) <input type="checkbox"/> 食中毒によるもの (はい・いいえ) <input type="checkbox"/> 業務上や通勤途上によるもの (はい・いいえ) ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。
装具代の申請		医療費の申請	
<input type="checkbox"/> 装具を装着した。 負傷の場合は原因：		<input type="checkbox"/> 健康保険証の携帯を忘れたため10割支払って受診した。 <input type="checkbox"/> 健康保険証の申請中に受診した。 <input type="checkbox"/> その他 理由：	
傷 病 名		傷 病 名	
装具が必要と診断された日		受診の種類	診療期間
令和 年 月 日	入院・外来	自：令和 年 月 日 (内 日間) 至：令和 年 月 日	
装具の金額		支払った金額	
※装具代申請の場合は、(診察代・薬代)記入不要			
円		円	
被保険者署名・捺印			
シャープ健康保険組合理事長 殿		令和 年 月 日	
・上記の通り請求します。尚、私の受ける給付金の受領を事業主に委任します。 ・医療機関等に保険給付の支給決定に必要な範囲内容照会を行うことについて同意します。		住所 ..... 電話 ..... 氏名 .....	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; height: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">             健保・受付印           </div>
備考欄	被保険者証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。 (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。)		

(弱視用眼鏡・弾性スリーブ・義眼の場合は不要)

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○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 作製された装具の写真を添付して下さい。(装具の上下左右、サイズ表示、ロゴ等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。
④ 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ございますのでご了承ください。

(1) 記号 - 番号 (2) 被保険者名 (3) 受診者名
(4) 本疾病に対し初めて受診した日(初診日) (5) 装具を作製することが決まった日 (6) 装具を装着した日 (適合日)
令和 年 月 日 令和 年 月 日 令和 年 月 日

問1. 装具の作製経緯について教えてください。

(1) 装具を作製するきっかけを教えてください (例) 継続的に受診し、装具を作製することになった、装具業者の勧め等
(2) 靴・インソールを購入した場合のみ → 装具作製において、一番最初に行ったところはどこですか?
a 靴店(装具業者) b 医療機関 c その他
(3) 納品時の状況について
-① 装具を作製する際、誰の指示によって作製されましたか?
a 主治医 / b 自分で決め、医師に依頼 / c 装具業者 / d 治療法(固定方法)を選択し装具を作製 (例:ギプスカ装具かで選択 等) / e その他
-② 装具を受け取る際の状況について教えてください。
義肢装具士が立ち会いましたか? : a 立ち会った / b 立ち会わなかった / c その他
どこで受け取りましたか? : a 医療機関 / b 装具店 / c その他
-③ 装具の代金は、いつ支払いしましたか? : a 納品前 / b 納品当日 / c 納品日以降 / d その他
-④ 装具代金は誰に支払いしましたか? : a 医療機関 窓口 / b 装具業者 / c その他

問2. 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) 採型をした(オグダーメットで作製するために型を取った) ... A or B
A 患部やその周囲にギプスを巻き、石膏で「型」を取った ... はい / いいえ
B 足型版(フットプレッションフォーム)を踏み込み、「型」を取った ... はい / いいえ
(2) 採寸をした(オグダーメットするために、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 → サイズ選択の方法は?
(4) 何も行わなかった (5) その他

問3. 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?

具体的な指示事項をお書きください 【回答例】(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) 受けていない

問4. 装具は今回初めて作製されましたか?

(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5へ)
① いつ頃作製されましたか? 平成・令和 年 月 頃
② 以前作製した装具は (a) 現在も使用している (b) 装具業者へ返却した (c) 廃棄した
③ 今回の作製した装具は、(a) 改めて作製した (b) 以前作製した装具を修理した

問5. 障害者手帳をお持ちですか?

(1) 持っていない (2) 持っている(※手帳のコピー添付) → ① 市区町村へ補装具申請を行わなかった ※必ずご記入下さい

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?

(1) 自宅安静 (4) 特に指示はされていない
(2) 運動(ｽｰｯ)を控えるように指示された (5) その他
(3) 運動(ｽｰｯ)をする際に装具装着するように指示された
▶ 受診頻度 : ① 週1回 ・ ② 月1回 ・ ③ その他



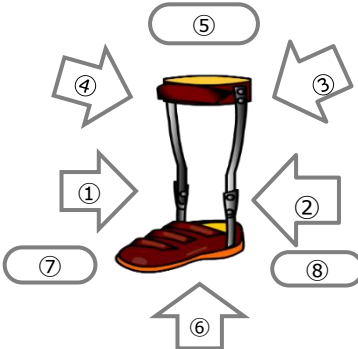
以上のとおり相違ありません。また、今回申請した(第二家族)療養費について、保険給付の支給決定をするための参考として、当健保組合が医療機関及び関係機関に照会することに同意します。
シャープ健保組合 理事長 殿 令和 年 月 日 (申請者名)

# 治療用装具の写真について

(弱視用眼鏡・義眼の場合は不要)

## (1) 撮影方法について (装具のみ撮影してください。装具着用写真は不要です。)

▶ 切り取り線以下の「装具作製確認書 別添 作製した装具の写真」とともに、下記の方向 及び 箇所について撮影して下さい。

【コルセットやサポータ及び既製品装具の場合】	
① 表面 ② 裏側 (内側面) ③ サイズ表記 (ある場合) ④ ロゴ・商標等 (ある場合) ⑤ 取り扱い説明書・製品箱 (ある場合)	
【靴のインソールの場合】	
① 表面 ② 裏側 (内側面) ③ 右側 (厚みのある場合) ④ 左側 (厚みのある場合)	
【歩行用装具の場合】	
① 正面 ② 裏側 (正面の反対側) ③ 右側 ④ 左側 ⑤ 全体図 ⑥ 下・底 ⑦ サイズ表記 (ある場合) ⑧ ロゴ・商標等 (ある場合) ⑨ 取り扱い説明書・製品箱 (ある場合)	

## (2) 撮影した写真を、下記いずれかの方法で健康保険組合までご提出ください。

### (ア) 撮影した写真を、社内便または郵送で提出

宛先 : 〒581-8585 八尾市北亀井町3丁目1番72号  
 シャープ健康保険組合 給付担当 竹下 宛

### (イ) 撮影した写真の画像データを、メールで送信

※メールの件名 : 「装具写真送付」 ← 件名が相違している場合、確認出来ないことがあります。  
 ※メールの本文 : ①氏名コード (保険証の記号と番号) ②申請者名 ③装具装着者名  
 送信先メールアドレス : kenpo-sougu@sharp.co.jp

### 【ご注意】

※既に装具を装着して外すことが出来ない場合は、健康保険組合までお電話ください。

✂ ----- キリトリ ----- ✂

## 装具作製確認書 別添 作製した装具の写真

(1) 記号-番号	(2) 被保険者名	(3) 受診者名