

被保険者（申請者）情報	被保険者の	記号	番号	生年月日	年	月	日			
	ふりがな 氏名	—		<input type="checkbox"/> 昭和						
				<input type="checkbox"/> 平成						
	住所	〒	—	<input type="checkbox"/> 令和						
	事業所名称			電話	—	—				
委任状 及び 同意書	コスモエネルギーグループ健康保険組合理事長殿 療養費(立替払等)を申請いたします。当申請により支給される金額の受領を事業主に委任いたします。(任意継続被保険者を除く) また私は、今回申請した療養費について、健康保険法に基づき保険給付の支給決定をするための参考として、貴健康保険組合が 医療機関等に対して、内容紹介を行うこと、および医療機関等が照会の回答をすることを同意します。						令和	年	月	日
	被保険者氏名						Ⓜ	※自署の場合は押印省略可		

申請内容（申請者が記入）	1 受診者		1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		生年月日	年	月	日				
	上記が家族の場合は その方の氏名				<input type="checkbox"/> 昭和							
	2 傷病名				<input type="checkbox"/> 平成							
	4 発症の原因及び 経過(詳しく)	<input type="checkbox"/>	原因及び経過 1. 病気 2. けが *事故または第三者の行為によるけがの場合は健保へお知らせください。									
	5 診療を受けた 医療機関等の	名称			所在地				診療した医師等の氏名			
		名称			所在地				診療した医師等の氏名			
	6 診療を 受けた期間	令和	年	月	日	から	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	年	月	日	まで	日数	日
	7 装具等の装着について 指示を受けた日	令和	年	月	日	8 装具装着日		令和	年	月	日	
	9 診療に要した費用の額	円				10 療養費支給申請の理由						
11 診療の内容												

	支給金額							
法定給付								
合 計								

<算出の基礎>
(法定) 円 × % = 円
(付加) 円 × % - 30,000 = 円
※千円未満端数切捨

常務理事	事務長	係

健保受付印

1. 作製された装具の写真を添付してください。(装具の表裏及び左右、全体、サイズ表示、ロゴ等があればその箇所の写真)
(※必ず装具装着時の写真及び作製した装具部品ごとの写真をそれぞれ添付してください)
2. 必要に応じて主治医等に照会を行います。
3. 給付金の決定については、本書及び別途行う主治医等への照会などを基に総合的に判断することから
給付金支給決定まで、時間を要する場合がありますのでご了承ください。
4. 作成した装具の給付可否は、医療機関や装具業者ではなく、保険者である健康保険組合です。申請内容によっては、必ずしも全額給付されるものではありませんので、ご注意ください。

申請内容（申請者が記入）	記号	番号	被保険者氏名	受診者名
		—		
	問1	<input type="checkbox"/> 以前作成したことがある ⇒ 1) いつ頃作製されましたか？ 年 月頃 2) 今回の作製した装具は、どちらに該当されますか <input type="checkbox"/> 改めて作成した <input type="checkbox"/> 以前作製した装具を修理した <input type="checkbox"/> 初めて作製した(問2へ)		
	問2	障害者手帳をお持ちですか？ <input type="checkbox"/> 持っている → コピーを添付してください <input type="checkbox"/> 持っていない	※障害者総合支援法による補装具費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。	
	問3	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？ <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、患部やその周辺にギプスを巻き、石膏で「型」を取ったり、足型版を踏み込んだりと、「型」を取るようなことを行った <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。 <input type="checkbox"/> 既製品(完成品)装具を購入した。 サイズ選択の方法 <input type="checkbox"/> A) メジャー ⇒ 誰が測定したか？ <input type="checkbox"/> 医師/看護師 <input type="checkbox"/> 装具業者 <input type="checkbox"/> B) 試着 <input type="checkbox"/> C) 何も行わなかった <input type="checkbox"/> D) その他() <input type="checkbox"/> 何も行わなかった <input type="checkbox"/> その他()		
	問4	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？(複数回答可) <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"/> その他(例:運動時に着用等)() <input type="checkbox"/> 痛みや症状の緩和(除痛) <input type="checkbox"/> リハビリ時に必要 <input type="checkbox"/> 日常生活の補装具 <input type="checkbox"/> 説明を受けていない		
	問5	作製した装具は、誰の指示・意見で決められましたか？ <input type="checkbox"/> 主治医の指示で決めた <input type="checkbox"/> 治療法(固定方法)を選択して装具を作製(例:ギプスカ装具かで選択 等) <input type="checkbox"/> 自分で決めた・医師に作製を依頼した(*1) <input type="checkbox"/> 装具製作会社の言われるとおりに決めた(*2) <input type="checkbox"/> その他() (*1) 自ら医師に指示を依頼した場合 (*2) 医師からの指示により作製していない場合		
	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支持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"/> その他() <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)をする際に装具装着するように指示された ※受診頻度 <input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 月1回 <input type="checkbox"/> その他()		

*コルセット・ギプス・義肢等に関する申請のときは、それらの「装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書(原本)」および「実費についての領収証書(原本)」をつけてください