

健康 使用 欄	支払年月日				常務理事	事務長	係長	担当	受付No.
	資格	取得	昭和・平成・令和 年 月 日						
		喪失	令和 年 月 日			区分	本人	家族	6歳 高齢
		扶養認定日	昭和・平成・令和 年 月 日			高額療養費		円	
	領収書額		円			付加金	円		
	装具コード					支給金額	円		

アイシン健康保険組合 ☐ 被保険者 ☐ 被扶養者

療養費支給 申請書

【 コルセット、サポーターの装着 】

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	記号	番号	※枝番の記入必要ありません		会社名・所属					
	同意書	アイシン健康保険組合 理事長殿			同意日 (記入日)	令和 年 月 日		生年月日		
		健康保険法に基づく療養費の支給決定を行うにあたり、貴組合が必要に応じて、医療機関及び関係機関に対して、給付記録・診療履歴・法令による保険給付受給に関する情報等の照会を行うこと、又、関係機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。			被保険者 氏名	カガナ		昭和 平成 令和 年 月 日		
					連絡先	〒 都 道 市 区 町				
				自宅Tel :		携帯Tel :				
	対象者氏名	カガナ			対象者 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				
	発病又は 負傷の原因	どこで			何をしていてどうした					
	療養を受けた 医療機関	名称、所在地			医師名					
	装具名				装具の写真について ・ 申請書に添付 ☐ ・ メールで送付 ☐		装具領収書額	円		
	領収書の 年月日	令和 年 月 日			月 日		第三者の行為（交通事故けんか等） によって負傷したものですか？	☐ はい ☐ いいえ		
	銀行振込先	療養費は、給与の口座又は会社指定口座へ振り込みます。 退社等で給与口座以外の振込は下記へ記入してください								
		銀行・信用金庫・信組・農協				支店		普通・当座		
		口座番号			口座名義人 (カタカナ)					

- 添付書類
- (1) 下記の内容が記載されている領収書 （原本）

①装着者の氏名、装具の名称 ④治療用装具を取り扱った義肢装具士の名前
- (2) 装着が傷病の療養のため必要と認められた、医師による装具装着証明書（原本）
- (3) 装具作製確認書 ①
- (4) 治療用装具の写真3～4枚(写真かデータのどちらかで提出)

※こども医療助成を受けるために市町村へ提出する場合、ご自身で領収書と装着証明書のコピーを取ってから健保に提出願います。

『治療用装具』申請時の注意事項

★療養費の対象となる治療用装具

- * 医師の指示にもとづいて作製されたものであること
- * 治療のために必要不可欠なものであること
- * 患者の体に合わせて作られたオーダーメイド品であること
- * オーダーメイドで作製した場合のものと同等又はそれに準ずる機能が得られると認められる既製品であること

★治療装具とは認められないもの（対象外）

- * 症状が固定した後に装着したもの
- * 市町村の福祉制度から給付が受けられるもの
障害者手帳を提示して作製する装具は『補装具』となり、福祉医療制度の対象となります。
- * 足底装具について、屋内用・屋外用で2足を作製する場合、1足のみ支給対象
- * 運動するため、(部活動・スポーツクラブ等)に作製した装具

申請書のご提出をされてから審査を行うため、支給決定のご連絡までに
3～4ヶ月お時間いただきます。

★締切日と支給日について

- * 支給日は、毎月22日（支給日が土・日・祝日の場合はその前日）
- * 毎月20日までに健康保険組合に到着した申請書が**次月の審査対象分**となります。
但し、長期連休の場合は、この限りではありません。尚、書類不備や調査等により遅れる場合があります。
- * **支給決定通知書は、紙の発行はしません。**アイスマイル・ポータルに登録をして、通知書のダウンロードをお願いします。
アイスマイル・ポータルは、支給月の22日頃からダウンロードいただけます。

■アイスマイル・ポータルQRコード



★添付書類(全て原本)・更新時の注意事項

治療用装具関係	添付書類	支給条件（更新等）	
装具(コルセット等) 義手、義足、義眼等	① 下記の内容が記載されている 領収書(原本) ・装着者の氏名、装具の名称 ・料金明細 ※内訳別に名称、採型区分・種類等、価格を記載 ・オーダーメイド又は既製品の別 ※既製品の場合、製品名を含む ・治療用装具を取り扱った 義肢装具士の名前 ② 装着が傷病の 療養のため必要 と認められた 医師による 装具装着証明書(原本) ③ 装具作製確認書 ① ④ 治療用装具の写真3～4枚 （写真かデータ提出） ※『義眼』の写真添付は不要	前回購入した時の 年齢	更新前に使用 していた期間
		0歳	4ヶ月以上
		1～2歳	6ヶ月以上
		3～5歳	10ヶ月以上
		6～14歳	1年以上
		15歳以上	1年6ヶ月以上
	下記については15歳以上使用年数に関わらず 1年 1. 手部・手指義手の装飾用、足袋型・足指義足 2. 完成用品のうち「手部」「手袋」及び「足部」 3. 完成用部品を構成する小部品・消耗品 * 起算日：前回購入した指示日		
小児治療用眼鏡	① 下記の要件を満たす 領収書(原本) A. 費用の内訳 がわかるもの フレーム、レンズ、オプション、加工代等内訳記載 上記記載のないシート等は不可 B. 装着者の氏名 が入った領収書 C. 治療用眼鏡と明記 のあるもの ② 下記病名記載のある、医師による治療用 眼鏡の 作成指示書(原本) 弱視、斜視、先天性白内障術後の屈曲矯正	今回購入する時の 年齢	更新前に使用 していた期間
		0～4歳	前回より1年以上
		5～8歳	前回より2年以上
		* 起算日：前回購入した指示日	
		申請額の上限	
		治療用眼鏡	40,492円
弾性着衣 (リンパ節郭清術を伴う 悪性腫瘍の術後)	① 領収書(原本) （装着者の氏名、弾性着衣の名称、 種類及びその内訳別の価格が記載されているもの） 領収書に内訳の記載がないものは不可 内訳の記載がない場合、見積書・請求書も添付 ② 病名記載 がある医師による 装着指示書(原本) 一度に購入できる弾性着衣は2着まで 前回作製時より、6ヶ月は経過していること	治療用コンタクトレンズ 1枚当たり	13,780円
		申請額の上限	
		弾性ストッキング両足	28,000円
		弾性ストッキング片足	25,000円
		弾性スリーブ	16,000円
		弾性グローブ	15,000円
		弾性包帯上肢	7,000円
		弾性包帯下肢	14,000円

『治療用眼鏡』の写真添付は不要

弾性着衣
(リンパ節郭清術を伴う
悪性腫瘍の術後)

『弾性着衣』の写真添付は不要

装 具 作 製 確 認 書 ①

今回作製された治療用装具に対する給付金支給の審査において、以下の装具作成確認書①のご回答、および、写真提出(装具作成確認書②に添付、又はメール送信)が必要となります。なお、ご提出がない場合は給付金が支給できません。

- ① 下記質問について該当する番号を○で囲んでください。一部、記述いただく設問もあります。
- 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 給付金の決定については、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。

『義眼』『治療用眼鏡』『弾性着衣』の申請は、
確認書①及び写真は、
提出不要です！

(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) 令和 年 月 日	(5) 装具を作製することが決まった日 令和 年 月 日	(6) 装具を装着した日(適合日) 令和 年 月 日

問1. 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(①②へ)	① いつ頃作製されましたか？ 令和 年 月 頃	② 今回の装具は、どちらに該当されますか？ (a) 改めて作製した (b) 以前作製した装具を修理した
(2) 初めて作製した(問2へ)		

問2. 障害者手帳をお持ちですか？

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。

(1) 持っている(※手帳のコピー添付) → ① 補装具申請を行わなかった理由	(2) 持っていない
---	------------

問3. 装具の作製経緯について

(1) 装具を作製するきっかけを教えてください(例) 装具を作製してほしいとお願いした、医師と相談して作成を決めた 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？
 ① 靴店(装具業者) ② 医療機関 ③ その他 ()

問4. 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(オーダーメイドで作製するために型を取った) … ① A or ② B
 ① 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 → ② 何回、型を取りましたか？ ____回
 ② 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 → ③ 誰が型をとりましたか？ 医師 / 看護師 / 装具業者

(2) 採寸をした(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) → ① 誰が測定しましたか？ 医師 / 看護師 / 装具業者

(3) 既製品(完成品)装具を購入 → サイズ選択の方法は？
 ① メジャー → 誰が測定しましたか？ 医師 / 看護師 / 装具業者
 ② 試着 / ③ 何も行わなかった
 ④ その他

(4) 何も行わなかった (5) その他 ()

問5. 装具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？
 ① 主治医 ② 自分で決め、医師に依頼 ③ 装具業者 ④ 治療法(固定方法)を選択し装具を作製

(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？ : ① 立ち会った / ② 立ち会わなかった / ③ その他 ()
 ▶ どこで受け取りましたか？ : ① 医療機関 / ② 装具店 / ③ その他 ()

(3) 装具の代金は、いつ支払いましたか？ : ① 納品前 / ② 納品当日 / ③ 納品日以降 / ④ その他 ()

(4) 装具代金は誰に支払いましたか？ : ① 医療機関 窓口 / ② 装具業者 / ③ その他 ()

問6. 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7. 作製した装具は、誰の指示・意思で決められましたか？

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

問8. 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？(複数回答可)

(1) 自宅安静	(4) 日常生活で装着するよう指示された
(2) 運動(スポーツ)を控えるように指示された	(5) 特に指示はされていない
(3) 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	(6) その他 ()

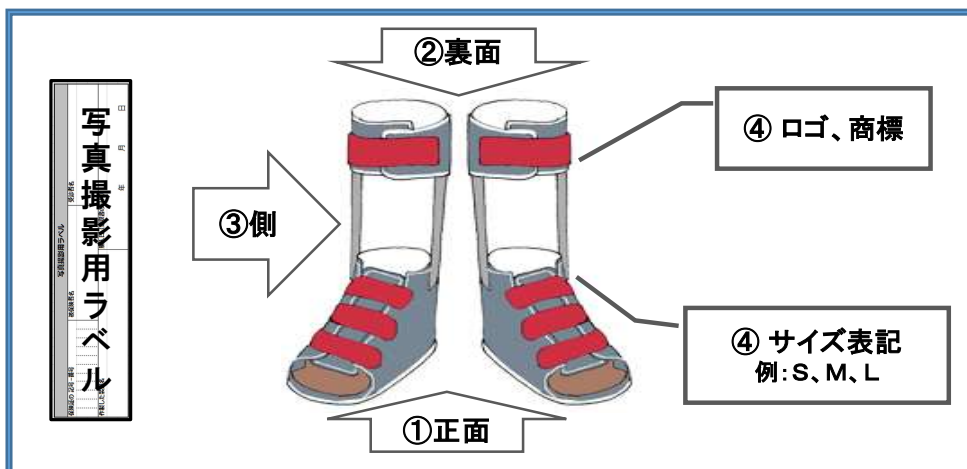
■ 装着後の受診頻度 : ① 週1回 ・ ② 月1回 ・ ③ 受診指示なし ・ ④ その他 ()

(1) 治療用装具の撮影方法について

デジカメ、スマホ等で 下記①～④それぞれ撮影ごとに、キリトリ線以下の【写真撮影用ラベル】を入れて撮影してください。※ 撮影しにくい場合は、装着して撮影しても構いません。

★撮影枚数は、3～4枚

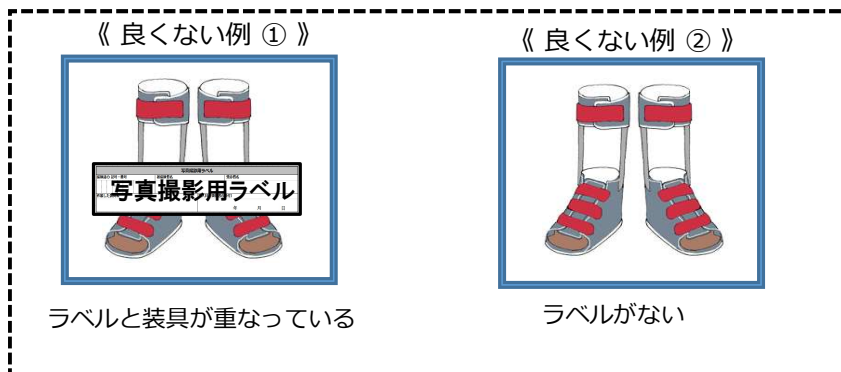
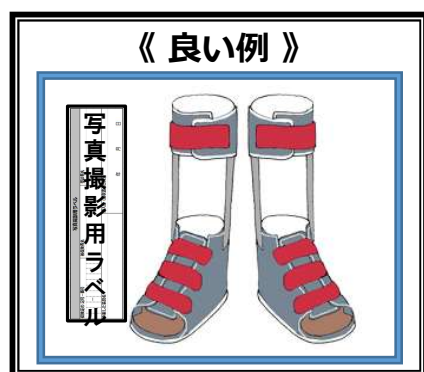
- ① 正面
- ② 裏面 (正面の反対側)
- ③ 側面 (横から)
- ④ 付属品 (ある場合)
 - ・ サイズ表記
 - ・ ロゴ、商標等
 - ・ 取り扱い説明書



★撮影イメージ

下記の撮影用ラベルが、装具に重ならないように撮影してください。

※装具の形状がはっきり確認できない場合は、再提出をお願いする場合がございます。



(2) 撮影した写真の送付について

上記(1)の『治療用装具の撮影方法』を参考に、写真3～4枚を普通紙か写真にプリントして、『**装具作製確認書 ② 写真張付台紙(表・裏)**』の枠内に貼付けて提出してください。

◎写真添付できない方は、下記メールアドレスに送信も可能です。

件名に【被保険者 記号－番号 被保険者氏名(対象者名)】
本文に「療養費支給申請のための写真」と入力。
写真データが大きい場合、健保で受け取りができないため
1枚ずつメールに添付し、送信してください。
メールアドレス: sougu@kenpo.aisin.co.jp

お問い合わせ・宛先

〒444-1164
愛知県安城市藤井町丸山202-1 ゆとりヒルズ

アイシン健康保険組合

TEL : 050-3315-9871

- ◎必ず**写真撮影用ラベル**とともに撮影をした**写真の提出**をお願いします。
- ◎代金を支払った際、**受け取った装具全ての写真を撮影**してください。

① 正面像

【撮影時注意点】

- ◎前から装具全体が確認できるように撮影ください。
- ◎靴に挿入するタイプの装具（中敷き等）については、靴から取り出して上から撮影してください。
- ◎膝・足首のサポーターについては、装具を装着した状態にて撮影してください。

②裏面像

【撮影時注意点】

- ◎裏から装具全体が確認できるように撮影ください。

..... キリトリ



.....

写真撮影用ラベル



..... キリトリ

写真撮影用ラベル					
記号－番号 -		被保険者名		受診者名	
作製した装具名			購入日（領収書の日付） 令和 年 月 日		

【撮影時注意点】

- ◎横から装具全体が確認できるように撮影ください。
- ◎左右どちらか一方方向で構いません。

③
側
面
像

【撮影時注意点】

- ◎タグ（サイズ表記）、ロゴ・商標、取扱説明書、その他付属品等があれば撮影してください。
- ◎内容が読み取れるように撮影してください。

④
付
属
品

今回作製された治療用装具に対する給付金支給の審査において、『装具作製確認書①』のご回答、および、写真添付(装具作製確認書②)が必要となります。なお、ご提出がない場合は 給付金が支給できません。

健康 使用 欄	支払年月日		常務理事		事務長		係長		担当		受付No.		
	取得		昭和・平成・令和		年		月		日				
	資格喪失		平成・令和		年		月		日		区分		
	扶養認定		昭和・平成・令和		年		月		日		高額療養費		
	領収書額		円		付加金		円		円		円		
装具コード				支給金額		円						円	

アイシン健康保険組合

☐ 被保険者

☒ 被扶養者

療養費支給 申請書

【 コルセット、サポーター、治療用眼鏡等の装着 】

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	記号	4 1	番号	12345	※枝番の記入必要ありません		会社名・所属	〇〇〇〇株式会社 総務部 総務G			
	同意書	アイシン健康保険組合 理事長殿			同意日	令和 年 月 日			生年月日		
		健康保険法に基づく療養費の支給決定を行うにあたり、貴組合が必要に応じて、医療機関及び関係機関に対して、給付記録・診療履歴・法令による保険給付受給に関する情報等の照会を行うこと、又、関係機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。尚、本書の写しも有効といたします。			被保険者氏名	ケンボ タロウ 健保 太郎			昭和 平成 令和 55 年 7 月 5 日		
					連絡先	〒 446-0057 愛知 都 道 安城 市区 〇〇〇 2-8-1 自宅Tel: 050-3315-9871 携帯Tel: 090-0000-0000					
	対象者氏名	ケンボ ハナコ 健保 花子			対象者生年月日	昭和 平成 令和 50 年 10 月 20 日					
	傷病名	腰痛症			発病または負傷年月日	平成 令和 8 年 5 月 5 日					
	発病又は負傷の原因	どこで 自宅			何をしていた 農作業中に体勢を崩した						
	療養を受けた医療機関	名称、所在地 アイシン総合病院 整形外科			医師名 アイシン 健介						
	装具名	腰椎装具C軟性			装具の写真について ・申請書に添付 ☐ ・メールで送付 ☐			装具領収書額	37,600 円		
	領収書の年月日	令和 8 年 5 月 18 日			第三者の行為（交通事故けんか等）によって負傷したものです？ ☐ はい ☒ いいえ						
銀行振込先	療養費は、給与の口座又は会社指定口座へ振り込みます。退社等で給与口座以外の振込は下記へ記入してください			銀行・信用金庫・信組・農協			支店	普通・当座			
	口座番号			口座名義人（カタカナ）							

● 添付書類

(1) 下記の内容が記載されている領収書（原本）

①装着者の氏名、装具の名称

③オーダーメイド又は既製品の別（既製品の場合、製品名を含む） ④治療用装具を取り扱った義肢装具士の名前

(2) 装着が傷病の療養のため必要と認められた、医師による装具装着証明書（原本）

(3) 装具作製確認書 ①

(4) 治療用装具の写真3～4枚(写真かデータのどちらかで提出)

※こども医療助成を受けるために市町村へ提出する場合、ご自身で領収書と装着証明書のコピーを取ってから健保に提出願います。

請求書提出ルート： 本人 → 健康保険組合

2026.6改訂

申請書のご提出をされてから、審査を行うため、支給決定のご連絡までに3～4ヶ月お時間いただきます。ご了承ください。