

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

1

2

被保険者(申請者)記入用

提出日 年 月 日

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください		
	事業所名 (会社名)			所属	室・課	
	氏名 (フリガナ)	-----		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	住所	(〒 -) 都 道 府 県				
	電話番号 (日中の連絡先)	自宅	()	携帯	()	

振込先指定口座 (被保険者名義)	金融機関 名称 (ゆうちょ銀行以外)	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 その他 ()			<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 2. 当座 <input type="checkbox"/> 3. その他 ()	口座番号	<input type="text"/>	左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(°)は1字として左づめでご記入ください。)			

提出ルート	被保険者(申請者) ⇒ 健保組合
-------	------------------

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

受付	入力	支払
----	----	----

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容

1 受診者

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

昭和 平成 令和

年 月 日

2 傷病名

3 発病または
負傷年月日

平成
令和

年 月 日

4 発病又は負傷原因

(詳しく記入)

5 申請可否の確認

5-① 業務上の傷病・通勤災害によるものですか

はい いいえ

5-② 第三者行為によるものですか

はい いいえ

6 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

7 診療を受けた期間

平成
令和

年 月 日

から

平成
令和

年 月 日

まで

日数

日

7 - ①上記の期間に
入院していた場合は、
その期間

平成
令和

年 月 日

から

平成
令和

年 月 日

まで

日数

日

8 装具等の装着について
指示を受けた日

平成
令和

年 月 日

9 装具装着日

平成
令和

年 月 日

10 療養に要した費用の額

円

11 診療の内容

12 療養費の支給申請の理由

治療用装具を作成したため

《申請条件》

- (1) コルセット等の治療用装具の装着を医師が治療上必要であると認めた場合

《申請不可》

- (1) 業務上の傷病や通勤途上での災害(会社の労災保険で申請)の場合
(2) 交通事故やケンカ等で加害者がいる場合

《注意事項 : 権限・権利の代位取得、時効》

- (1) 豊田合成健康保険組合は、必要事項応じて文書の提出を求めることができる
(2) 負傷の原因が第三者によるものであるときには、別に「第三者行為による傷病届」の提出が必要です
(3) 豊田合成健康保険組合は、第三者行為による事故の保険給付をしたときはその給付額の限度において損害賠償の権利を取得する。また、損害賠償を受けた者には保険給付はしない(免責)
(4) コルセット等の治療用装具は、ぜいたくに作った場合は支給金額と実費の差額は本人の負担となります
(5) 請求権の時効は、費用を支払った日の翌日から起算して2年です

《添付書類 : (1) (2)は原本添付》

- (1) コルセット等の装着が傷病の治療のため必要と認められた医師の証明書
(2) 領収書
(3) 添付資料A(装具作成確認書)
(4) 添付資料B(装具に関する報告書[写真])
※眼鏡及びコンタクトレンズの場合: ③④は不要

＜厚生労働省からの通達、平成18年4月1日より、子供の治療用眼鏡が保険適用になりました。＞

1. 支給の対象となる年齢

9歳未満の小児 ※治療担当に当たる保険医の治療用眼鏡等の作成指示書の日付が基準

2. 支給の対象となる眼鏡及びコンタクトレンズ

小児の「弱視」「斜視」「先天性白内障術後の屈折矯正」の治療用として用いる眼鏡及びコンタクトレンズ

3. 支給対象となる金額の上限額

治療用眼鏡一式: 令和6年4月1日以降 40,492円(税込) 令和6年3月以前 38,902円(税込)
コンタクトレンズ: 令和6年4月1日以降 レンズ1枚 13,780円(税込)
令和6年3月以前 レンズ1枚 16,324円(税込)

4. 給付額

一般(小学生以上9歳未満): 7割 未就学児: 8割

5. 更新について

5歳未満の小児治療用眼鏡等の更新: 更新前装着期間が1年以上ある場合のみ支給
5歳以上の小児治療用眼鏡等の更新: 更新前装着期間が2年以上ある場合のみ支給