AAA

健保組合処理欄	支払年月日		常務理事	事務長	GL	係
	支給額	円				
	支払区分	(内訳)	資格	取得	年　月　日	
	7割 ・ 8割			喪失	年　月　日	

トヨタ関連部品健康保険組合　御中

□被保険者 □被扶養者　療養費(法定・付加)支給申請書

太枠内をボールペンでご記入ください。

被保険者が記入する欄

事業所名	被保険者証 記号・番号	被保険者氏名
	―	

連絡先	郵便番号 ―	都道府県	区市郡	区町村	
	電話番号 ( )				
受診者	氏名		被保険者との続柄		生年月日 昭・平・令　年　月　日
	傷病名		発症・負傷年月日	平・令　年　月　日	
傷病の原因	・どこで ・どのように		第三者の行為によって負傷したものですか？	□ はい ⇒「第三者による傷病届」を提出してください □ いいえ	

①治療用装具・治療用眼鏡等・弾性着衣等作成費用申請のとき

装具購入日	令和　年　月　日	□ 入院 □ 通院	領収証の金額	円
添付書類	・治療用装具の申請 ・弾性着衣の申請 >>	□ 領収書《原本》 □ 装具作成確認書	□ 医師の意見及び装着証明書《原本》 □ 購入された装具写真 > メール送信日(/)	
	・治療用眼鏡の申請 >>	□ 領収書《原本》	□ 病名記載のある医師の作成指示書《原本》	

②保険証未提示による自費診療、資格喪失後の返納をしたとき

保険証を提示できなかった理由				
診療年月日	令和　年　月　日 から 令和　年　月　日 まで　日間	□ 入院 □ 通院	支払った金額	円
添付書類	・保険証未提示 >>	□ 領収明細書《原本》	□ 診療報酬明細書《原本》	
	・資格喪失後の返納 >>	□ 領収書《原本》	□ 診療報酬明細書《写し》	

委任状

私は上記給付金の受領を下記の者に委任します。

令和　年　月　日

被保険者氏名

受任者　所在地
事業所　名称
受任者名

【提出の流れ】　本人 → 会社 → 健保（任意継続者は直接健保へ）

備考	(個人番号:任意記入)

※「治療用眼鏡」「義眼」の申請に関しては、写真添付は不要です。

ver.28-20200803

装 具 作 製 確 認 書

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)
平成・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？**
ⓐ **靴店 (装具業者)**　ⓑ **医療機関**　ⓒ 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？
ⓐ主治医 / ⓑ自分で決め、医師に依頼 / ⓒ装具業者 / ⓓ治療法(固定方法)を選択し装具を作製（例:ギプスか装具かで選択 等）/ ⓔ 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？　：ⓐ 立ち会った / ⓑ 立ち会わなかった / ⓒ その他　(　　)
▸ どこで受け取りましたか？　：ⓐ 医療機関 / ⓑ 装具店 / ⓒ その他　(　　)
－③ 装具の代金は、いつ支払いましたか？　：ⓐ 納品前 / ⓑ 納品当日 / ⓒ 納品日以降 / ⓓ その他　(　　)
－④ 装具代金は誰に支払いましたか？　：ⓐ 医療機関 窓口 / ⓑ 装具業者 / ⓒ 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（ｵｰﾀﾞｰﾒｲﾄﾞで作製するために**型を取った**）・・・ Ⓐ or Ⓑ
Ⓐ 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
Ⓑ **足型版(ﾌｯﾄﾌﾟﾚｯｼｮﾝﾌｫｰﾑ)を踏み込み**、「型」を取った・・・ はい / いいえ
➡ ① どこで型を取りましたか？ 病院内 / 他 (　　)
② 何回、型を取りましたか？　回
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（ｵｰﾀﾞｰﾒｲﾄﾞするために、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？
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 → (　年　月　日)

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？

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**
(2) **運動(ｽﾎﾟｰﾂ)を控える**ように指示された
(3) **運動(ｽﾎﾟｰﾂ)をする際に装具装着**するように指示された
(4) **特に指示はされていない**
(5) **その他**
(　　)

▶ 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。

トヨタ関連部品健保組合 理事長 殿　　令和　年　月　日

(申請者名)

ご協力ありがとうございました。

療養費（治療用装具）支給申請　別添【写真貼付用（表）】

撮影した写真を現像し用紙に貼付けていただき、療養費支給申請書に添付して提出をお願いします。
撮影枚数は3～4枚となります。裏面も確認をお願いします。

① 正面（表）像 ［撮影方法］ ＊ 前から装具全体が確認できように撮影してください。 ［補足事項］ ＊ 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。 ＊ 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。 （①～③に適用） また、審査上他機	貼 付

② 側面像 ［撮影方法］ ＊ 横から装具全体が確認できように撮影してください。 ［補足事項］ ＊ 左右どちらか一方向からで構いません。	貼 付

☞ メール送信希望の方はコチラ

携帯・スマホ等で撮影した写真の画像データを健康保険組合までメールで送信いただくことも可能です。
送信者管理のためキリトリ線以下の **別添【メール送信用】ラベルとともに撮影**をお願いします。
（※1 写真の画像データをメールで送信いただいた場合は写真の現像及び【写真貼付用】用紙の提出は不要です。）
（※2 メール送信時、件名・本文等については未入力で構いません。）

《送信先メールアドレス：sougu@toyota-groupkenpo.jp》

---------- ✂ ---------- メール送信時、キリトリ ---------- ✂ ----------

療養費（治療用装具）支給申請　別添【メール送信用】

(1)記号－番号	(2)被保険者名	(3)受診者名
－		

(4)療養費支給申請内容	
①傷病名	②作製装具名

療養費（治療用装具）支給申請　別添【写真貼付用（裏）】

撮影した写真を現像し用紙に貼付けていただき、療養費支給申請書に添付して提出をお願いします。
撮影枚数は3～4枚となります。表面も確認をお願いします。

③ 裏（底）面像 ［撮影方法］ ＊ 裏から装具全体が確認できるように撮影してください。	貼 付

④ その他 ［撮影方法］ ＊ タグ、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。 ［補足事項］ ＊ 内容が読み取れるように撮影してください。	貼 付

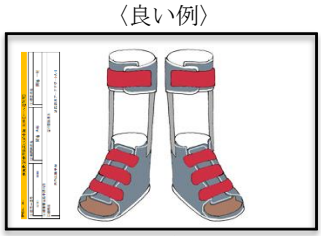
【他補足事項】
- 肌が著しく露出する場合は服の上から装着した状態にて撮影をしてください。
- ④その他の付属品等が複数ある場合は全ての品の撮影をしてください。
  なお、その際の張付用台紙は様式を問いません。
- 装具の形状がはっきりと確認できない場合は再提出をお願いすることがございます。

ご不明な点がありましたら、資格給付グループ（℡0565-41-7413）までお問い合わせください。

撮影イメージ

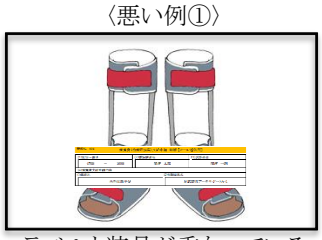
※【メール送信用】ラベルとともに撮影をする際はラベルと装具が重ならないようにしてください。

〈良い例〉



問題なし

〈悪い例①〉



ラベルと装具が重なっている

〈悪い例②〉

ラベルがない

【療養費申請時の注意事項】

「給付金決定通知書」の発行

当健保では、給付金支給の際、
「医療費のお知らせ 兼 給付金決定通知書」のハガキを事業所経由でお渡しします。
各自治体での手続きに決定通知書が必要な場合は、上記ハガキをご利用ください。

1.治療用装具

▸支給対象
傷病または負傷の治療遂行上必要なものであると認められた装具。

下記の場合は療養費の支給対象外です。
・利便性〈洗い替え、昼用/夜用、屋内用/屋外用〉のために複数作製した場合
・就労時やスポーツ等の際に一時的に装着するために作製した場合　　など

▸給付時期
最短でも診療を受けた月から3か月後です。
審査時、病院での診療内容と突合確認を行っておりますので、最短でも3か月かかります。
また、審査上他機関への照会等が必要な場合には、更にお時間を頂く可能性があります。

- 領収書に内訳の記載がない場合、内訳が記載された書類（納品書など）を添付してください。
- メールで装具写真を提出した場合、療養費申請書にメール送信日を記入してください。

2.弾性着衣等

▸支給対象
リンパ節郭清を伴う悪性腫瘍の手術後に発生する四肢のリンパ浮腫

▸支給上限数
一度に支給する弾性着衣等は、洗い替えを考慮し装着部位ごとに2着まで。
（前回購入から6ヶ月経過しているものが対象）

- 領収書に内訳の記載がない場合、内訳が記載された書類（納品書など）を添付してください。

3.治療用眼鏡・コンタクトレンズ

▸支給対象
医師の作成指示書発行日時点で、0～8歳の小児が作成した治療用眼鏡、コンタクトレンズ。

▸対象となる病名
弱視、斜視、先天白内障術後の屈折矯正
※一般的な近視や遠視などの眼鏡やアイパッチは療養費の支給対象外

▸支給対象となる購入額上限（税込）

	R6年4月から	R6年3月まで
治療用眼鏡	40,492円	38,902円
コンタクトレンズ（1枚）	13,780円	16,324円

※オプション・別途加工代等は支給対象外

▸添付書類
①領収書《原本》
②病名記載のある医師の作成指示書《原本》※病名記載がない一般的な処方箋では受付不可

▸2回目以降の申請
対象の被扶養者の年齢に応じ、装着期間が下記の場合のみ支給対象となります。
今回の医師の作成指示書発行日時点で0～4歳…　前回購入から1年以上経過
5～8歳…　前回購入から2年以上経過