

健保組合 使用欄	受付日	年 月 日	常務理事	事務長	担当	担当
	申請区分	<input type="checkbox"/> 治療用装具 <input type="checkbox"/> 治療用眼鏡等 <input type="checkbox"/> 弾性着衣				

豊田通商健康保険組合 宛

### 療養費支給申請書（治療用装具）

治療用装具     治療用眼鏡等     弾性着衣

				申請日		年 月 日	
被 保 険 者 情 報 欄	保険証		フリガナ	電話番号			
	記号	番号	被保険者 氏名	生年月日			
				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日		
	委任状		年 月 日		① 給付金の受領は事業主に委任します。 ② 本療養費の支給決定に必要な内容について、貴組合が関係諸機関に照会することに同意します。 ③ 以下のとおり申請します。		
		被保険者住所 〒		被保険者氏名			
振込先		・委任した時は振込先の記入不要 ・任意継続被保険者は給付金振込口座にお振込みします					
		<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協			<input type="checkbox"/> 本・支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		
口座番号				口座名義人 (カタカナ)			
申 請 内 容	受診者氏名		続柄	生年月日			
				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日		
	傷病名		発病または 負傷年月日		年 月 日		
	診療を受けた 医療機関	名称	医師の氏名				
		所在地	〒				
	傷病の原因及び経過 (詳しく)						
	診療の内容						
	装着について 指示を受けた日		年 月 日	装着日	年 月 日		
	作成に要した費用 (領収書金額)		円	領収年月日	年 月 日		
	障がい者手帳は お持ちですか？		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ <b>【療養費申請の際に】</b> 障がい者手帳のコピーも添付してください。				
交通事故などの 第三者行為、 又は労災による 傷病ですか？		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ <b>【療養の申請前に】</b> 豊田通商健康保険組合まで一度ご連絡ください。					
注意事項	支給の時期	療養費の支給は、毎月20日（土日祝の場合は翌平日）までに審査が完了した申請を翌月10日（金融機関休業日の場合は前平日）に事業所に支給します。 ※任意継続被保険者は、直接給付金振込口座にお振込みします。					
	支給決定通知書	支給月の10日頃からマイヘルスプラスにてダウンロードいただけます。 <a href="http://toyotsu.or.jp/kenpo/">http://toyotsu.or.jp/kenpo/</a>					

◆申請ルート◆ 申請者→健保組合

# 『治療用装具』申請時の注意事項

## ★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）	
<b>装具（コルセット等）</b> 義手、義足、義眼等  『義眼』の写真添付は不要	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 <b>義肢装具士</b> 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 <b>装具装着証明書（原本）</b>  ③ 装具作製確認書  ④ 治療用装具の写真3～4枚（写真かデータ提出）	前回購入した時の 年齢 0歳 1～2歳 3～5歳 6～14歳 15歳以上	更新前に使用 していた期間 4ヶ月以上 6ヶ月以上 10ヶ月以上 1年以上 1年6ヶ月以上
	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：前回購入した領収日		
<b>小児治療用眼鏡</b>  『治療用眼鏡』の写真添付は不要	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 上記記載のないレシート等は不可 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 <b>作成指示書（原本）</b> 又は <b>処方箋（写）</b> 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 0～4歳 5～8歳	更新前に使用 していた期間 前回より1年以上 前回より2年以上
	『治療用眼鏡』の写真添付は不要	* 起算日：前回購入した領収日  申請額の上限 治療用眼鏡 40,492 円 治療用コンタクトレンズ 1枚当たり 13,780 円	
<b>弾性着衣</b> （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	① <b>領収書（原本）</b> （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	申請額の上限	
	『弾性着衣』の写真添付は不要	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	

※＜医療助成を受けられる方へ＞

療養費の支給決定後、国や市区町村から子ども医療、障がい者医療などの助成を受けられる場合は、

支給決定通知書（マイヘルスプラスからダウンロード）をご利用ください。

なお、領収書等のコピーが申請には必要になりますので、健保組合へ申請する前に必ずコピーをお取りいただくようお願いいたします。

健保組合提出後は返却が出来ません。

## ★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
- \* 市区町村の福祉制度から給付が受けられるもの  
 障がい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