

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	☐ 治療用装具 ☐ 治療用眼鏡等 ☐ 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	資格情報		フリガナ	電話番号	
	記号	番号	被保険者 氏名	生年月日	
				☐ 昭和 ☐ 平成	年 月 日
	(注) 記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書 のいずれかでご確認ください。				
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 ☐ 銀行 ☐ 信用金庫 ☐ 信組 ☐ 農協 ☐ 本・支店 ☐ 出張所 ☐ 普通 ☐ 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 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 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？		☐ いいえ ☐ はい ⇒ 【療養費申請の際に】 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？		☐ いいえ ☐ はい ⇒ 【療養の申請前に】 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。 http://toyotsu.or.jp/kenpo/			

◆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）	
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	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
	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）	下記については15歳以上使用年数に関わらず 1年	
	③ 装具作製確認書	1. 手部・手指義手の装飾用、足袋型・足指義足	
	④ 治療用装具の写真3～4枚（写真かデータ提出）	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	
『義眼』の写真添付は不要		* 起算日：前回購入した領収日	
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	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
	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）又は処方箋（写） 弱視、斜視、先天性白内障術後の屈曲矯正	* 起算日：前回購入した領収日	
	『治療用眼鏡』の写真添付は不要	申請額の上限	
		治療用眼鏡 治療用コンタクトレンズ ^a 1枚当たり	40,492 円 13,780 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	申請額の上限	
	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	弾性ストッキング両足 弾性ストッキング片足 弾性スリーブ 弾性グローブ 弾性包帯上肢 弾性包帯下肢	
	『弾性着衣』の写真添付は不要	28,000 円 25,000 円 16,000 円 15,000 円 7,000 円 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

装具作製確認書

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、以下の装具作製確認書のご回答、および、写真提出（写真添付用台紙に添付）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ください。（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、
確認書及び写真は、
提出不要です！

資格情報		被保険者名	受診者名
記号	番号		
(注) 記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書 のいずれかでご確認ください。			
本疾病に対し初めて受診した日（初診日）		装具を作成することが決まった日	装具を着着した日（納品日）
年	月	日	年
			月
			日
問 1. 装具は今回初めて作製されましたか？			
☐ 以前も作製したことがある（①②へ） ☐ 初めて作製した（問2へ）		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？ ☐ 改めて作製した ☐ 以前作製した装具を修理した
問 2. 障害者手帳をお持ちですか？		☐ 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 ☐ 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？			
☐ 装具を身体に合わせてオーダーメイドするために、患部やその周囲にギブスを巻き、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 ⇒（誰が型を取りましたか？ ☐ 医師 ☐ 看護師 ☐ 装具業者 ） ☐ 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 ☐ 既製品（完成品）装具を購入した。 ☐ メジャー → 誰が測定しましたか？ ☐ 医師 ☐ 看護師 ☐ 装具業者 ▶ サイズ選択の方法は？ ☐ 試着 / ☐ 何も行わなかった ☐ 何も行わなかった ☐ その他（ ） ☐ 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）			
☐ 患部の支持・矯正・固定・免荷 ☐ 再発防止・予防 ☐ その他（例：運動時に着用 等） ☐ 痛みや症状の緩和（除痛） ☐ 日常生活の補助具 ☐ リハビリ時に必要 ☐ 受けていない			
問 5. 作製した装具は、誰の指示・意思で決められましたか？			
☐ 主治医の指示で決めた ☐ 治療法（固定方法）を選択し装具を作製（例：ギブスが装具かで選択 等） ☐ 自分で決めた・医師に作製依頼をした ☐ その他 ☐ 装具製作会社の言われる通りに決めた（ ）			
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？			
☐ 自宅安静 ☐ 特に指示はされていない ☐ 運動（スポーツ）を控えるように指示された ☐ その他 ☐ 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： ☐ 週1回 ☐ 月1回 ☐ その他（ ）			

治療用装具の写真について

(1) 治療用装具の撮影方法について

★デジカメ、携帯・スマホ等で、『正面』『裏面』『側面』『付属品』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。

★ 撮影枚数は、2～4枚

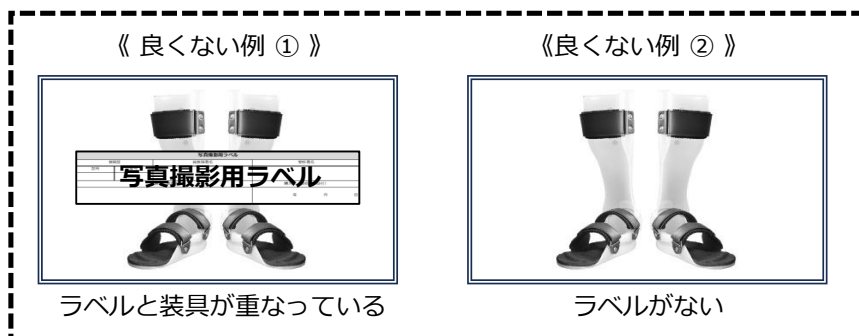
- ① 正面
- ② 裏面 （正面の反対側）
- ③ 側面 （横から）（ある場合）
- ④ 付属品 （ある場合）
 - ・ サイズ表記
 - ・ ロゴ、商標等
 - ・ 取り扱い説明書



★ 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2～4枚をプリント（現像）して、『写真貼付用台紙（表・裏）』の枠内に貼付けて提出してください。

- ◎ 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。

写真貼付用台紙

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。
	【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			
資格情報		被保険者名	受診者名
記号	番号		
(注) 記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書 のいずれかでご確認ください。			
作製した装具名		購入日（領収書の日付）	
		年 月 日	

写真貼付用台紙

③ 側 面 像 （ あ る 場 合 ）	【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。 ◎左右どちらか一方で構いません。
④ 付 属 品 （ あ る 場 合 ）	【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。

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』のご回答、および、写真貼付台紙が必要となります。なお、ご提出がない場合は給付金が支給できません。