

## 療養費（法定・付加）支給申請書

コード

トヨタ自動車健康保険組合理事長殿

申請者の方は太枠内をすべて記入してください。  
未記入欄がある場合、支給が遅れることがあります。

保険証の 記号番号	記号	番号	①傷病者 <input type="checkbox"/> 被保険者（本人） <input type="checkbox"/> 被扶養者（家族） 被扶養者（家族）の場合は②を記入
被保険者 （従業員） 氏名			生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
生年月日			③発病または負傷年月日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日・不詳
連絡先	〒		④傷病名
	電話（ ） —		
職 場	社内区分 部		⑤直接の傷病原因 <input type="checkbox"/> 交通事故 ・ 労働災害 ・ 通勤災害 <input type="checkbox"/> その他
	課室 G係組		
	電話（ ） —		⑥原因（どこで・どのように※原因が特定できない場合は不詳と記入）
↓被保険者（従業員）口座を記入 ※被保険者以外の口座振込を希望する場合は、委任状（健保HPに掲載）を記入・添付ください			
振込先	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 労働金庫	種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 口座番号	口座名義（被保険者（従業員）名義）
	金融機関番号	支店 店番号	カタカナで記入

提出書類はすべて原本を添付してください。

申請区分	提出書類
<input type="checkbox"/> 治療用装具 （コルセット等）	<input type="checkbox"/> 装着者の氏名が記入された領収書・内訳書（明細書） <input type="checkbox"/> 装具装着証明書（医師の証明） <input type="checkbox"/> 装具作製確認書① <input type="checkbox"/> ②写真 <input type="checkbox"/> メール送信（ 月 日）/ <input type="checkbox"/> 貼付用紙 <input type="checkbox"/> 障がい者手帳、医療受給者証（障がい）※お持ちの方のみ
<input type="checkbox"/> 小児用眼鏡	<input type="checkbox"/> 装着者の氏名が記入された領収書・内訳書（明細書） <input type="checkbox"/> 治療用眼鏡等作成指示書（医師の証明） <input type="checkbox"/> 領収書貼り付け用紙
<input type="checkbox"/> 弾性着衣等 （悪性腫瘍の術後等）	<input type="checkbox"/> 装着者の氏名が記入された領収書・内訳書（明細書） <input type="checkbox"/> 弾性着衣等装着指示書（医師の証明）
<input type="checkbox"/> 保険証不携帯	<input type="checkbox"/> 受診者の氏名が記入された領収書 <input type="checkbox"/> 診療報酬明細書（レセプト） 注）診療明細書・調剤明細書 ではありません <input type="checkbox"/> 調剤報酬明細書（調剤レセプト） ※院外処方薬の薬局領収書がある場合
<input type="checkbox"/> 前保険資格 喪失後の治療	<input type="checkbox"/> 前健保の領収書または返納書 <input type="checkbox"/> 前健保発行のレセプト（診療報酬明細書）
■領収書・医師の証明は返却いたしません。 必要な方はご提出前に各自でコピーをとってください。	

組合処理欄	
病類コード	
医師指示年月	
領収書発行日	
給付対象額	
入通院 上限	
<input type="checkbox"/> 1.入院 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 2.通院 ↓（ ）	
<input type="checkbox"/> 採寸 <input type="checkbox"/> 採型 <input type="checkbox"/> なし	
負担割合	%

## 支給決定について

支給審査は、医師の証明が発行された月のレセプト（診療報酬明細書）等の診療内容の確認を行うため、支給までにお時間を要します。ご了承ください。

## 送付先・問い合わせ先

トヨタ自動車健康保険組合 給付グループ 外線：(0565) 280153 内線(811) 6-0561  
【郵便】〒471-0832 愛知県豊田市丸山町6丁目22番地 【社内便】区分：健保

□提出書類・更新時期

治療用装具関係	提出書類（すべて原本）・注意事項	更新について（支給条件）															
コルセット等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・領収書</li> <li>(1) 料金明細、(2) オーダーメイド又は既製品の別、(3) 義肢装具士の氏名、(4) リスト収載されていない既製品の場合は、A算定式とB算定式の価格</li> <li>(1)～(3)が記載されていること、(4)はリスト外の既製品の場合は記載</li> <li>・別紙「装具作製確認書①」を記入</li> <li>・別紙「装具作製確認書②写真」はプリントした写真の添付または画像をメール送信 <a href="mailto:sougu@toyotakenpo.jp">sougu@toyotakenpo.jp</a> 件名に【保険証の記号・番号、被保険者氏名】を入力</li> <li>・屋内用・屋外用の2足を同時に作成された場合は、1足のみ支給</li> </ul>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>前回購入した時の年齢</th> <th>更新前に使用していた期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0歳</td> <td>4ヶ月以上</td> </tr> <tr> <td>1～2歳</td> <td>6ヶ月以上</td> </tr> <tr> <td>3～5歳</td> <td>10ヶ月以上</td> </tr> <tr> <td>6歳以上</td> <td>12ヶ月以上</td> </tr> </tbody> </table>	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歳以上	12ヶ月以上	<p>※起算日は前回購入した領収日</p>				
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歳以上	12ヶ月以上																
小児治療用眼鏡	<ul style="list-style-type: none"> <li>・領収書（装着者の氏名の記載があるもの）</li> <li>領収書に内訳（フレーム・レンズ・オプション代等）の記載がない場合は、見積書等を添付</li> <li>・別紙「治療用眼鏡 領収書貼り付け用紙」を記入し、領収書を貼り付ける</li> <li>・オプション、加工代は支給対象外</li> <li>・【上限額（税込）】</li> <li>治療用眼鏡：38,902円、コンタクトレンズ：16,324円</li> </ul>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>今回購入するときの年齢</th> <th>更新前に使用していた年数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0～4歳</td> <td>前回より1年以上</td> </tr> <tr> <td>5～8歳</td> <td>前回より2年以上</td> </tr> </tbody> </table>	今回購入するときの年齢	更新前に使用していた年数	0～4歳	前回より1年以上	5～8歳	前回より2年以上	<p>※起算日は前回購入した領収日</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・支給対象：弱視、斜視、先天白内障術後の屈折矯正の治療用として用いる眼鏡およびコンタクトレンズ</li> <li>・遠視性乱視は支給対象外</li> </ul>								
今回購入するときの年齢	更新前に使用していた年数																
0～4歳	前回より1年以上																
5～8歳	前回より2年以上																
弾性着衣 (悪性腫瘍の術後四肢リンパ浮腫または原発性の四肢リンパ浮腫の治療)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・領収書は1枚であること（購入した品名、購入数、タイプの確認ができること）</li> <li>・領収書に内訳の記載がない場合、見積書、請求書等を添付</li> <li>・医療機関の発行した領収書は支給対象外</li> <li>・一度に購入可能な枚数は2枚</li> <li>・弾性包帯については、医師の判断により弾性ストッキング等を使用できないと指示がある場合に限り、対象</li> <li>・慢性静脈不全による難治性潰瘍治療のため、医師の指示に基づき購入される弾性着衣の治療においては1回に限り対象</li> </ul>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>年齢問わず</th> <th>更新前に使用していた期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>6ヶ月以上</td> </tr> </tbody> </table>	年齢問わず	更新前に使用していた期間		6ヶ月以上	<p>※起算日は前回購入した領収日</p> <p>【上限額（税込）】</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>弾性ストッキング</td> <td>28,000円 (片足用：25,000円)</td> </tr> <tr> <td>弾性スリーブ</td> <td>16,000円</td> </tr> <tr> <td>弾性グローブ</td> <td>15,000円</td> </tr> <tr> <td>弾性包帯 上肢</td> <td>7,000円</td> </tr> <tr> <td>弾性包帯 下肢</td> <td>14,000円</td> </tr> </tbody> </table>	弾性ストッキング	28,000円 (片足用：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
年齢問わず	更新前に使用していた期間																
	6ヶ月以上																
弾性ストッキング	28,000円 (片足用：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																
治療費関係	提出書類（すべて原本）・注意事項																
保険証不携帯の治療	<ul style="list-style-type: none"> <li>・領収書 ・診療報酬明細書（レセプト）、調剤報酬明細書（レセプト）</li> <li>・傷病名の記載がない領収明細書、診療明細はレセプトではありません。</li> <li>・診療報酬明細書（レセプト）は医療機関、調剤薬局へ発行を申し出ていただく必要があります。</li> </ul>																
前保険資格喪失後の治療	<ul style="list-style-type: none"> <li>・納付書または領収書</li> <li>・前健保、前加入国保等で診療報酬明細書（レセプト）の発行を申し出ていただく必要があります。</li> </ul>																

□書類の返却

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ご提出いただいた書類（原本）は、<u>返却いたしません。</u></li> <li>子ども、障がい、母子父子家庭等の市町村医療費助成を受けている方は、申請に必要な書類を確認、コピーしお手元に保管してください。</li> </ul>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

□申請者への注意事項

支給時期	<ul style="list-style-type: none"> <li>・支給審査は医療機関の診療報酬明細書（レセプト）、医師の証明等の診療内容の確認を行います。審査にお時間を要しますので、ご了承ください。</li> <li>また、提出書類の不備（添付書類の不足、領収書がコピー等）の場合にも、支給審査が遅れます。</li> </ul>
支給日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎月5・15・25日（支給日が土日祝日の場合は、その前日。長期連休中の場合は、別に定める日）</li> </ul>
要連絡の事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・交通事故・通退勤中・業務中の傷病の場合、書類をご提出いただく前に、すみやかに健康保険組合までご連絡ください。</li> </ul>
書面内容の確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関、装具業者、その他の関連する保険者等に対し、支給決定に必要な情報の提示及び照会を行う場合があります。予めご了承ください。</li> </ul>
受給を受ける権利の時効	<ul style="list-style-type: none"> <li>・2年（時効起算日は治療用装具の代金、または治療費の支払日の翌日）</li> </ul>

# 装具作製確認書①

今回、医療機関を受診し、医師の指示により作製された治療用装具に対する給付金支給の審査に必要なため、受診状況等についてご回答をお願いします。

下記の質問について該当する項目を○で囲んでください（一部、記述いただく設問もあります）


未記入欄がある場合、支給審査を行うことができません。必ずすべての項目にご回答ください。

記号	番号	被保険者氏名(従業員)	受診者氏名
装具を作製することが決まった日		装具を装着した日	
令和 年 月 日		令和 年 月 日	
作製した装具名		領収書に記載されている種別	
		①既製品 ②オーダーメイド ↳ A.加工されていない（開封時の状態） B.加工が施してある どのような加工が施されていますか？ ( )	
<b>問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？</b>			
(1)主治医 (2)自分で決め、医師へ依頼 (3)装具業者 (4)治療法(固定方法)を選択し装具を作製 (5)その他( ) (例:ギブスカ装具かで選択 等)			
<b>問2 装具を作製した理由(経緯)をお聞かせください。</b>			
<b>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。</b>			
<b>問4 今回の傷病に対する装具は、初めて作製しましたか？</b>			
(1)初めて作製した (2)以前も作製したことがある ①いつごろ作製しましたか？ (年 月頃) ②今回作製された装具はどちらに該当しますか？ A.改めて作製 B.以前作製した装具を修理			
<b>問5 装具を作製する際のサイズ合わせはどこで行いましたか？</b>			
(1)サイズ合わせはどこで行いましたか？ A.医療機関 B.装具店 C.その他( ) (2)サイズ合わせの時は誰がいましたか？ A.医師 B.看護師 C.装具業者 D.その他( )			
<b>問6 装具を作製する際のサイズ合わせはどのように行いましたか？</b>			
(1)採型した ①患部やその周囲にギブスを巻き型を取った ②足型版(インプレッションフォーム)を踏み込み型を取った (2)採寸した(患部やその周囲をメジャーで細かく測った) (3)試着 (4)何も行わなかった (5)その他( ) ・誰が型を取りましたか？ A.医師 B.看護師 C.装具業者 D.その他 ・何回、型を取りましたか？ 回 ・誰が測定をしましたか？ A.医師 B.看護師 C.装具業者 D.その他			
<b>問7 装具の装着(受取)の状況についてお尋ねします。</b>			
(1)義肢装具師は立ち会いましたか？ A.立ち会った B.立ち会わなかった C.その他( ) (2)どこで受取りましたか？ A.医療機関 B.装具店 C.その他( ) (3)装具の代金はいつ支払いましたか？ A.納品前 B.納品当日 C.納品日以降 D.その他( ) (4)装具の代金は誰に支払いましたか？ A.医療機関窓口 B.装具業者 C.その他( ) (5)装具の領収書は誰から受取りましたか？ A.医療機関窓口 B.装具業者 C.その他( )			
<b>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がありましたか？</b>			
A.自宅安静 B.運動(スポーツ)を控えるように指示された C.運動(スポーツ)する際に装具装着するように指示された D.特に指示はない E.その他( )			
<b>問9 装具装着後、次回の受診について、医師からはどのような指示がありましたか？</b>			
(1)受診頻度 A.週1回 B.月1回 C.指示はない D.その他( ) (2)装具装着後以降の受診 A.受診した B.受診予定( 月 日) C.受診する予定はない			
<b>問10 障害者手帳をお持ちですか？</b> <small>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。</small>			
A.持っている ※障害者手帳のコピーを添付 B.持っていない			
以上のとおり相違ありません。また、今回申請した療養費について、保険給付の支給決定をするための参考として当健康保険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。			
トヨタ自動車健康保険組合 理事長殿 令和 年 月 日 (申請者氏名)			

## 装具作製確認②写真

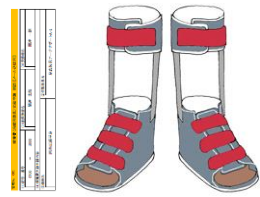
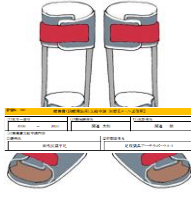

A, Bのいずれかの方法で、作製した装具の写真（3～4枚）をご提出ください。

下の【治療用装具 撮影用ラベル】とともに装具の写真を撮影してください。

A.メールで送信いただく方(5MBまで)…件名に「保険証記号・番号・被保険者氏名」を入力	
以下の撮影方法を参考に写真を撮影し、メールに添付してください。 アドレスを入力または二次元コードの読み取り送信をお願いします。 【sougu@toyotakenpo.jp】	 送信日 (      月      日)
B.写真をプリントアウトされる方	
装具確認②写真へ貼り付けてご提出ください。（別紙にプリントアウトしたものでも可能です。）	

### 撮影方法の注意点

- ・治療用装具撮影用ラベルと装具が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とわかるように撮影してください。確認できない場合、再提出をお願いすることがあります。

良い例	良くない例①	良くない例②
		
	ラベルと装具が重なっている	ラベルがない

①正面	②側面
[撮影方法] ・前から装具全体が確認できるように撮影してください ・靴に挿入するタイプの装具(インソール等)は、靴から取り出し、上から撮影してください。 ・膝、足首のサポートについては、装具を装着した状態で撮影してください。 ・肌が著しく露出する場合は、服の上から装着した状態で撮影してください。	[撮影方法] ・横から装具全体が確認できるように撮影してください ・左右どちらか一方からで構いません。
③裏面（後ろ）	④その他
[撮影方法] ・裏側から装具全体が確認できるように撮影してください。	[撮影方法] ・タグ、ロゴ、商標、取扱説明書、広告、リーフレット その他付属品等がある場合のみ、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。

撮影時、キリトリ

記号	番号	被保険者氏名	受診者氏名
作製した装具名			領収書の日付
			年      月      日