

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

未記入欄がある場合、支給が遅れることがあります。

申請者の方は太枠内をすべて記入してください。

保険証等の 記号番号	記号	番号	①傷病者	
被保険者 (従業員) 氏名			☐ 被保険者（本人） ☐ 被扶養者（家族） 被扶養者（家族）の場合は②を記入	
生年月日	昭和 / 平成 年 月 日		②被扶養者（家族）の氏名・生年月日・続柄 氏名 続柄	
連絡先	〒		生年月日 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	
	電話（ ） —		③発病または負傷年月日 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日 ・ 不詳	
	E-mail		④傷病名	
職 場	社内区分 (工場名等)	部	⑤直接の傷病原因 ☐ 交通事故 ☐ 労働災害 ☐ 通勤災害 ☐ その他	
	課/室	G/係/組	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)	
	電話（ ） —			
↓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、委任状(健保HPに掲載)を記入・添付ください				
振込先	☐ 銀行 ☐ 信用金庫 ☐ 農協 ☐ 労働金庫	種別 ☐ 普通 ☐ 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(提出書類がそろっているか提出前にご確認ください)
☐ 治療用装具 (コルセット等)	☐ 装着者の氏名が記入された領収書 ☐ 装着者の氏名が記入された領収書の内訳書(明細書) ☐ 装具装着証明書(医師の証明) ☐ 装具作製確認書① ☐ ②写真→[☐ メール送信(月 日)/ ☐ 貼付用紙] ☐ 障がい者手帳、医療受給者証(障がい) ※お持ちの方のみ
☐ 小児用眼鏡	☐ 装着者の氏名が記入された領収書 ☐ 装着者の氏名が記入された領収書の内訳書(明細書) (眼鏡のフレーム代・レンズ代・オプション加工代が記載されているもの) ☐ 治療用眼鏡等作成指示書(医師の証明) ☐ 領収書貼り付け用紙
☐ 弾性着衣等 (悪性腫瘍の術後等)	☐ 装着者の氏名が記入された領収書 ☐ 装着者の氏名が記入された領収書の内訳書(明細書) ☐ 弾性着衣等装着指示書(医師の証明)
☐ 保険証等の 不携帯	☐ 受診者の氏名が記入された領収書 ☐ 診療報酬明細書(レセプト) ☐ 調剤報酬明細書(調剤レプト) (院外処方薬局領収書がある場合) ➡診療報酬明細書・調剤報酬明細書は受診された医療機関・調剤薬局の窓口へ発行をご依頼ください
☐ 前保険資格 喪失後の治療	☐ 前健保の領収書または返納書 ☐ 前健保発行のレセプト(診療報酬明細書)

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
☐ 1.入院	☐ 有 ☐ 無
☐ 2.通院	↓()
☐ 採寸 ☐ 採型 ☐ なし	
負担割合 %	
☐ 保険証不携帯 ¥	
☐ 前健保喪失後受診 ¥	

▶ 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。

▶ 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) 28-0153 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	・領収書 (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 (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 ・別紙「装具作製確認書①」を記入 ・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 sougu@toyotakenpo.jp - 件名に【保険証の記号・番号、被保険者氏名】を入力 ・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	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
小児治療用眼鏡	・領収書（装着者の氏名の記載があるもの） - 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 ・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 ・オプション、加工代は支給対象外 ・【上限額（税込）】 2024.4月以降 治療用眼鏡：40,492円、コンタクトレンズ：13,780円 2024.3月まで 治療用眼鏡：38,902円、コンタクトレンズ：16,324円	1～2歳	6ヶ月以上
		3～5歳	10ヶ月以上
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)	・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） ・領収書に内訳の記載がない場合、見積書、請求書等を添付 ・医療機関の発行した領収書は支給対象外 ・一度に購入可能な枚数は2枚 ・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 ・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	6歳以上	12ヶ月以上
		※起算日は前回購入した領収日	
		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
		※起算日は前回購入した領収日	
		年齢問わず	更新前に使用していた期間
			6ヶ月以上
		※起算日は前回購入した領収日	
		【上限額（税込）】	
		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	・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） ・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。 ・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。
前保険資格喪失後の治療	・納付書または領収書 ・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。

□書類の返却

・ご提出いただいた書類（原本）は、<u>返却いたしません</u>。 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。
--

□申請者への注意事項

支給時期	・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。 - 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。
支給日	・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）
要連絡の事項	・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。
書面内容の確認	・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。
受給を受ける権利の時効	・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）

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				領収書に記載されている種別					
令和 年 月 日				令和 年 月 日				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？ ()					
作製した装具名													
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？													
(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)													
問2 装具を作製した理由（経緯）をお聞かせください。													
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。													
問4 今回の傷病に対する装具は、初めて作製しましたか？													
(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													
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？													
(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 ()													
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？													
(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			
問7 装具の装着（受取）の状況についてお尋ねします。													
(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しましたか？ 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しましたか？ 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 ()													
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？													
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 ()													
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？													
(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													
問10 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。													
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、足首のサポータについては、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