

療養費支給申請書

豊田自動織機健康保険組合 御中

提出日 年 月 日

	被保険者証等の 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名						
	連絡先 住所 電話番号	〒 - 都道府県		自宅TEL () - 携帯TEL () - 内線 ()-						
	会社名									
	所属									
	療養を受けた 方が被扶養者 の場合	氏名	続柄	生年月日	年	月	日			
	傷病名				発病または負傷 年月日	年	月	日		
	発病または 負傷の原因	いつ・どこで・なにをしていてどうしたなどできるだけ詳しく			業務上や交通事故 やケンカなどによる ものですか	<input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> いいえ		申請前に健保組合までお 問い合わせください		
被 保 険 者 欄	申請する理由と 添付書類 (すべて原本) (一部写し) ・該当する申請理 由の□に✓を付 けてください。 ・添付書類を確認 して□に✓を付 けてください。	申請理由等			必要添付書類 (すべて原本(一部写し))					
		<input type="checkbox"/> ①マイナ保険証等不携帯による医療費全額自己負担			<input type="checkbox"/> 診療報酬明細書(レセプト) ※調剤薬局の場合は <input type="checkbox"/> 領収書 調剤報酬明細書					
		<input type="checkbox"/> ②海外での診療			<input type="checkbox"/> 診療内容明細書 <input type="checkbox"/> 領収書 (要 双方とも日本語訳付き)					
		同意欄 療養を受けた海外の医療機関等に当健保が文書 等により当申請内容を照会することに同意します。 被保険者氏名(自筆)			<input type="checkbox"/> 海外渡航の事実を確認できる書類の写し					
		<input type="checkbox"/> ③治療用装具(コルセット等)の作製・購入			<input type="checkbox"/> 治療用装具製作指示装着証明書 <input type="checkbox"/> 装具の領収書 <input type="checkbox"/> 装具作製確認書(当健保帳票)					
		<input type="checkbox"/> ④治療用眼鏡の製作・購入			<input type="checkbox"/> 写真 { <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> メール送信(送信日 /) } <input type="checkbox"/> 弱視等治療用眼鏡等作成指示書 (病名・検査結果記載あり) <input type="checkbox"/> 眼鏡の領収書(受療者名義、消費税額明記あり)					
<input type="checkbox"/> ⑤医療費助成受給の方の高額療養費・付加金 請求			<input type="checkbox"/> 領収書							
<input type="checkbox"/> ⑥ その他()			<input type="checkbox"/> 裏面参照							
	医療助成の 有 無	<input type="checkbox"/> 有 ※有の場合は該当する項目の□に✓を付けてください。 <input type="checkbox"/> 乳幼児(子ども)医療 <input type="checkbox"/> 障害者医療 ※補装具は申請不可 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療 <input type="checkbox"/> その他()								
	領収書金額	※領収書等のコピーが必要な方は健康保険へ 申請する前にコピーを取っておいてください。								
★下記振込先は会社を退職した方や任意継続の方のみご記入ください。										
振 込 先	銀行	本店	預 金 種 目	普通	口座 番 号					
	信用金庫	支店								
	農 協	出張所								
	銀行コード	支店コード								
	口座名義 (被保険者名義のみ)		カタカナで記入			ゆうちょ銀行は振込用の店名・ 口座番号をご記入ください				

健 保 欄	決定事項	支給・不支給(理由)			
	対象者	被保険者・被扶養者・未就学児・高齢者(才 割)			
	所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ / 現役並み ・一般 / 多数該当			
	療 養 費	×0.	=	円	
	高額療養費	(×0.)-[+ { (-)×1% }]	=	円	
	付 加 金	×0.	-20,000=	円	
	支 給 額	円			
決 裁	常務理事	事務長	GM	担当	

健保受付印

(R7.5.6改訂)

《療養費 説明と注意事項》

★ボールペンで丁寧にはっきりと記入し、書き損じた場合は訂正箇所には訂正印を押してください。

1.療養費の申請ができるとき

- ① マイナ保険証等不携帯で受診し、医療費を全額自己負担した場合
- ② 海外旅行中等に発病または負傷し、受診した場合(受診目的で海外へ行った場合は対象となりません)
※申請理由等の同意欄に被保険者氏名を記入してください。
- ③ コルセット・義手・義足・義眼等の治療用装具を購入した場合
(四肢のリンパ浮腫圧迫療法のための弾性着衣等については回数制限・上限着数・上限額あり)
(慢性静脈不全による難治性潰瘍治療用の弾性着衣等については一回限り、上限着数・上限額あり)
- ④ 小児 弱視・斜視・先天性白内障術後の治療用眼鏡を購入した場合(年齢制限・回数制限・上限額あり)
・スティーヴンス・ジョンソン症候群及び中毒性表皮壊死症の眼後遺症による
輪部支持型角膜形状異常眼用コンタクトレンズを購入した場合(回数制限・上限額あり)
- ⑤ 給付制限対象者※1で、高額療養費・付加給付の自動給付が行われなかった場合
※1 給付制限対象者:中学生以下のお子様全員・医療費助成受給者・事故等の第三者行為該当者
- ⑥ その他
例)・以前加入の健康保険から、資格喪失後の受診分を返還請求され支払った場合
・医療機関を通じて生血液を購入し、輸血した場合(ただし、親族からの輸血は対象となりません)

2.添付書類(すべて原本(一部写し))

申請理由	添付書類
① マイナ保険証等不携帯による医療費全額自己負担	・診療報酬明細書(レセプト) ※調剤薬局の場合は 調剤報酬明細書 ・領収書
② 海外での診療	・診療内容明細書 ・領収書 (要 双方とも日本語訳付き) ・海外渡航の事実を確認できる書類の写し
③ 治療用装具(コルセット等)の作製・購入	・治療用装具製作指示装着証明書 ・装具の領収書 ・装具作製確認書(当健保帳票) ・写真 (添付かメール送信) (写真送信アドレス iryohoken@shokki-kenpo.jp)
④ 治療用眼鏡の製作・購入	・弱視等治療用眼鏡等作成指示書 (病名・検査結果記載あり) ・眼鏡の領収書 (受療者名義、消費税額明記あり)
⑤ 医療費助成受給の方の高額医療費・付加金請求	・領収書
⑥ その他 資格喪失後の返還分申請	・診療報酬明細書(レセプト) ・領収書
⑥ その他 生血液購入	・輸血証明書 ・領収書

3.給付額について

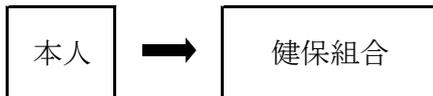
- ・健保負担分を立て替えている場合にはその分を、自己負担分が20,000円を超えている場合にはその超えた額が支給されます。
- ・海外で受診した場合の給付については、国内の保険での治療費を基準として換算し、実際の支払額と比較して少ないほうの健保負担分が支給されます。支給額算定の際には、すべて円換算し、日本円で支給します。その際、保険給付の支給決定日の外国為替換算率(売りレート)が用いられます。

4.締切日と支給日

締切日:毎月20日(20日が土日の場合はその前日)

支給日:20日までに健保組合に届いた分について翌月給与支給日等に事業所経由で振り込まれます。ただし、医療機関等からの情報と照合を行いますので、医療機関からの情報が届き次第となります。また、書類の不備や内容の調査によって支給が遅れる場合があります。ご了承ください。

5.提出ルート



6.個人情報保護について

ご記入いただいた個人情報は、健康保険組合からのご案内や保険給付金等の支払いに使用する場合があります。詳しくは <https://www.shokki-kenpo.jp/policy/1> をご覧ください。

お問い合わせ先	〒448-0847	愛知県刈谷市宝町8丁目1番地 豊田自動織機健康保険組合 医療保険グループ 外線 0566-21-7784 内線 70-4612
---------	-----------	---

装具作製確認書 ・ 写真撮影用ラベル

豊田自動織機健康保険組合
医療保険グループ

今回の療養費支給申請書の内容について、給付金支払い決定の為、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。(別紙：“治療用装具の写真について”を確認ください)
- 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) 被保険者証等の 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(納品日)
年 月 日	年 月 日	年 月 日

問 1. 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(オグ-メイト[®]で作成するために型を取った)・・・ ④ or ⑤
 ④ 患部やその周囲にギブスを巻き、石膏で「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 ()
 ⑤ 足型版(フットインプレッションフォーム)を踏み込み、「型」を取った・・・ はい/いいえ → 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(オグ-メイト[®]するために、患部やその周囲の各所を → ① 誰が測定しましたか？ 医師 / 看護師 / 装具業者
 メジャーで細かく測った)

(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 2. 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)

(1) 患部の支持・矯正・固定・免荷 (4) 再発防止・予防 (7) その他(例：運動時に着用等)
 (2) 痛みや症状の緩和(除痛) (5) 日常生活の補助具
 (3) リハビリ時に必要 (6) 説明を受けていない

問 3. 作製した装具は、誰の指示・意思で決められましたか？

(1) 主治医の指示で決めた (4) 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)
 (2) 自分で決めた・医師に作製依頼をした (5) その他
 (3) 装具製作会社の言われる通りに決めた ()

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？
 年 月 頃

② 以前作製した装具は どうされましたか？
 (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、
 どちらに該当されますか？
 (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 ⇒ 補装具申請を行わなかった理由を ↓ へ記入・手帳と受給証のコピーを添付
 (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) 装具を着用し安静に生活するよう指示された (4) 特に指示はされていない
 (2) 通常の生活において装具を常時着用するよう指示された (5) その他
 (3) スポーツ活動時のみ装具を装着するよう指示された ()

■ 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。また、この書面は写しも有効であることに同意します。

豊田自動織機健保組合 理事長 殿

年 月 日 (被保険者名)

㊞

写真撮影時 キリトリ

治療用装具 写真撮影用ラベル		
被保険者証等の 記号・番号	被保険者名	受診者名
—		
作製した装具名	装具を作製することが決まった日	
	年 月 日	

治療用装具 写真貼付台紙

(枚目/ 枚中)

被保険者証等の 記号・番号	被保険者名	受診者	作製した装具名
—			

※メール送信いただく場合、当台紙での提出は不要です。
※貼付台紙一枚に収まらない場合は、台紙が複数になっても構いません。
※貼り付ける写真の撮影方法は別紙『治療用装具の写真提出方法について』を確認下さい。
※装具の形状、記載事項が確認できない場合、再提出をお願いすることがあります。

①正面	②右側面
③左側面	④裏面
⑤取扱い説明書、タグ、ロゴ・商標、その他付属	その他

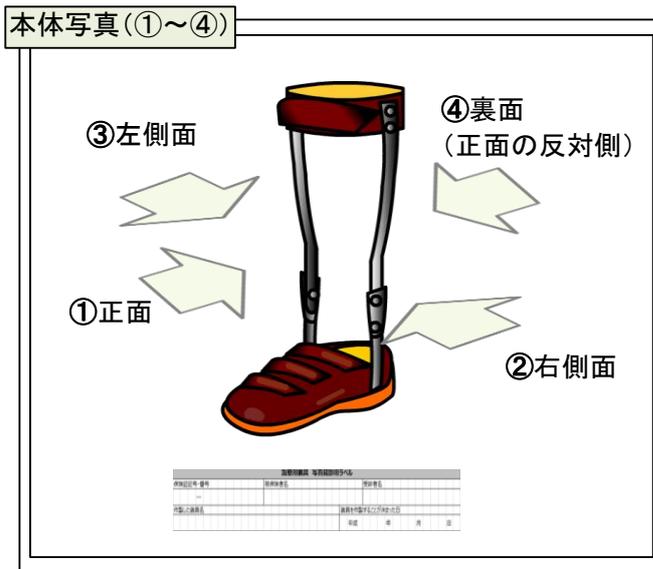
写真添付

治療用装具の写真提出方法について

豊田自動織機健康保険組合

1) 撮影方法

「装具作製確認書・写真撮影用ラベル」の切り取り線以下の「治療用装具 写真撮影用ラベル」を記入し、作製した装具とともに撮影してください。(下図①～⑤)



取扱説明書、タグ、ロゴ・商標、
その他付属品等(⑤)



《留意事項》

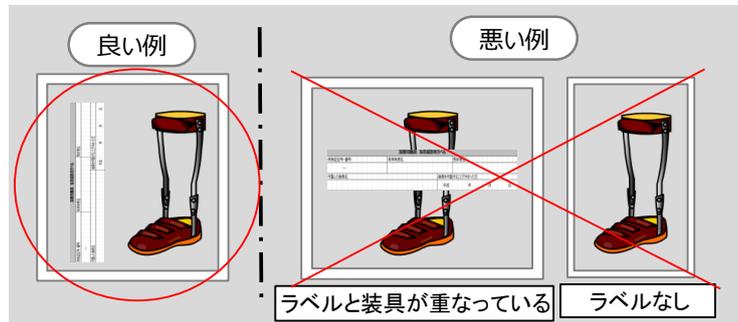
※撮影はすべて「写真撮影用ラベル」と一緒に装具単体で撮影してください。

※「正面」「左右側面」「裏面」「サイズ表記」等

装具全体がわかるように撮影してください。
筒状の装具の場合、開くことができれば開いた状態での表裏も撮影してください。
「その他付属品」等や、受け取った装具もすべて撮影してください。

※靴に挿入するタイプの装具(インソール等)については靴から取り出して「表面」「左右側面」「裏面」を撮影してください。

※装具の形状や「写真撮影用ラベル」に記載の内容がはっきりと確認できない場合、再提出をお願いすることがあります。



2) 提出方法

撮影頂いた写真は下記の(ア)(イ)のいずれかの方法で提出をお願いします。

(ア) 画像データを健康保険組合へメールで送信

下記アドレスに画像データを送信してください。

送信先アドレス

iryohoken@shokki-kenpo.jp

(右のQRコードからもアドレスの読み取りは可能です。)

※メール送信時の件名・ファイル名は特に指定はございません。

※必要に応じ複数のメールに分割して送信してください。



QRコード

(イ) 現像(または印刷)し、写真貼付台紙に張り付けて提出

写真を現像(またはプリンターで印刷)し、指定の写真貼付台紙に貼り付けて、療養費支給申請書に添付してください。

※台紙が一枚で収まらない場合は、台紙が複数枚になっても構いません。

【お問い合わせ先】

豊田自動織機健康保険組合 医療保険G

外線 0566-21-7784 (内線 70-4612)