

療養費の申請をされる方へ

★提出経路：被保険者（申請者）⇒ 健康保険組合

1. 療養費とは

やむを得ない事情で保険証を持たずに医師にかかったり、治療のために装具が必要になったときなどは、いったん全額を立て替え払いし、後で健康保険組合に申請します。健康保険組合に認められると、「療養費（家族は第二家族療養費）」として払い戻しが受けられます。

2. 提出書類

申請区分	添付書類（全て原本）	注意事項（更新・支給条件など）																
<input type="checkbox"/> 小児弱視用眼鏡、コンタクトレンズ【0～8歳】	<input type="checkbox"/> 領収書（対象者名が記載されたもの） <input type="checkbox"/> 保険医の作成指示書 <input type="checkbox"/> 患者の検査結果（処方箋） <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th colspan="2">支給上限額(税込)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>治療用眼鏡</td> <td>38,902円</td> </tr> <tr> <td>コンタクト</td> <td>16,324円</td> </tr> </tbody> </table>	支給上限額(税込)		治療用眼鏡	38,902円	コンタクト	16,324円	* オプション・加工代は支給対象外となります。 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>今回購入する時の年齢</th> <th>※更新前に使用していた期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0～4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> ※起算日は前回購入した領収日	今回購入する時の年齢	※更新前に使用していた期間	0～4歳	前回より1年以上	5～8歳	前回より2年以上				
支給上限額(税込)																		
治療用眼鏡	38,902円																	
コンタクト	16,324円																	
今回購入する時の年齢	※更新前に使用していた期間																	
0～4歳	前回より1年以上																	
5～8歳	前回より2年以上																	
<input type="checkbox"/> 弾性着衣（リンパ浮腫治療）	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 保険医の装着指示書 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th colspan="2">支給上限額(税込)</th> </tr> </thead> <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>	支給上限額(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	* 一度に購入できる弾性着衣は2着までです。（医師の証明書1枚に対し、領収書は1枚） * 領収書に内訳の記載がない場合、見積書、請求書等も添付。 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <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> ※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
支給上限額(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																	
年齢問わず	※更新前に使用していた期間																	
	6ヶ月以上																	

3. 給付額

未就学児	8割
就学児～69歳	7割
70～74歳	現役並み所得者：7割 一般：8割

4. 締切日と支払日について

- ①原則、各月 15日到着分を月末に支払い。または月末到着分を翌15日に支払い。
 （土・日・祝日の場合はその前日 健康保険組合必着）
 （5・8・1月の長期連休の場合は15日の支給日は20日になります）
 ※書類の不備や内容の調査などにより、支払いが遅れる場合があります。
- ②請求の効力は2年です。2年以内に提出してください。
 時効の起算日 ⇒ 治療用装具等の代金、または治療費を支払った日の翌日から起算します。

5. 申請書記入上の注意事項

- ①記入もれ・記載ミスのないようにしてください。
 ②申請書と上記添付書類を全て揃えた状態でご提出ください。
 ③領収書1枚ごとに申請書が必要になります。

6. 医療助成を受けられる方へ

療養費の支給決定後、健保組合より「給付金支給決定通知書」をご自宅へ送付いたします。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、給付金支給決定通知書をご利用ください。尚、領収書等のコピーが必要な方は、健保組合へ申請する前にコピーをお取りいただくようお願いいたします。

被保険者
被扶養者

療養費 支給申請書

(小児弱視用眼鏡・コンタクト
弾性着衣)

医師の指示により、小児弱視用眼鏡・コンタクト(0～8歳)や弾性着衣を購入、装着した時に提出してください。

被 保 険 者 証			
氏名	健保 太郎		
記号-番号	1 — 12345	電話番号	〇〇〇-△△△△-×××× <small>電話番号は日中連絡可能な連絡先</small>
受診者氏名	健保 一郎 続柄 (長男)	受診者 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 28 年 4 月 10 日 <input type="checkbox"/> 令和 (7) 歳
傷病名	屈折異常弱視	発病または 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 3 年 6 月 4 日 <input checked="" type="checkbox"/> 令和
発病・負傷の 直接の原因 (どこで・どのように)	※詳しく記入をお願いします。 原因が判断できない場合は「不詳」と記入してください。 (いつ・どこで・どのように して傷病が発生したか記入)	領収日	令和 5 年 6 月 30 日
		療養に 要した費用 (領収書金額)	35,000 円
障がい者手帳は お持ちですか？	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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？	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ 【療養費の申請前に】 トヨタ車体健康保険組合まで一度ご連絡ください。		
被保険者名義の 給付金振込先	給与口座へ振り込みますので、給付金振込先の記入は不要です (但し、任意継続の方は、加入時に申告いただいた口座へ振込みます)		

【添付が必要な書類】 **すべて原本でご提出ください。**

小児弱視用眼鏡・コンタクトレンズ申請の方

- 領収書
 保険医の作成指示書
 患者の検査結果 (処方箋)

弾性着衣申請の方

- 領収書
 保険医の装着指示書