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資格情報が確認できるもの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

<table>
<tr><th>申請区分</th><th>添付書類（<u>全て原本</u>）</th><th>注意事項（更新・支給条件など）</th></tr>
<tr>
<td>□小児弱視用眼鏡、
コンタクトレンズ
【0～8歳】</td>
<td>□領収書（対象者名が記載されたもの）
□保険医の作成指示書
□患者の検査結果（処方箋）
<table>
<tr><th colspan="3">支給上限額（税込）</th></tr>
<tr><td></td><td>～2024年3月 購入</td><td>2024年4月～ 購入</td></tr>
<tr><td>治療用眼鏡</td><td>38,902円</td><td>40,492円</td></tr>
<tr><td>コンタクト</td><td>16,324円</td><td>19,716円</td></tr>
</table>
</td>
<td>＊オプション・加工代は支給対象外となります。
<table>
<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>
<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>
</table>
※起算日は前回購入した領収日</td>
</tr>
<tr>
<td>□弾性着衣
（リンパ浮腫治療）</td>
<td>□領収書　□保険医の装着指示書
<table>
<tr><th colspan="2">支給上限額（税込）</th></tr>
<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>
</table>
</td>
<td>＊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>
<tr><th></th><th>※更新前に使用していた期間</th></tr>
<tr><td>年齢問わず</td><td>6ヶ月以上</td></tr>
</table>
※起算日は前回購入した領収日</td>
</tr>
</table>

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、**<u>各月 15日到着分を月末に支払い。</u>**または**<u>月末到着分を翌15日に支払い。</u>**
（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**<u>請求の時効は2年</u>**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、TABけんぽーたる（ポータルサイト）へ支給決定通知書をアップロードいたします。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。

TABけんぽーたる ⇒
についてはこちら

トヨタ車体健康保険組合　**記　入　例**　令和 5 年 7 月 4 日 申請

□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。

資格情報			
氏名	健保　太郎		
記号-番号	1 ― 12345	電話番号	○○○－△△△△－×××× 電話番号は日中連絡可能な連絡先
受診者氏名	健保　一郎 続柄（ 長男 ）	受診者生年月日	□昭和 ☑平成 28 年 4 月 10 日 □令和 （ 7 ）歳
傷病名	屈折異常弱視	発病または負傷年月日	□昭和 □平成 3 年 6 月 4 日 ☑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？	☑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

《提出先》 トヨタ車体健康保険組合

2024年12月改定