

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

添付書類（ 全て原本 ）	注意事項（更新・支給条件など）
・領収書 ・装具作製確認書 ・医師の装着証明書 ・装具の写真	* 同一装具の再申請については、装具の種類により必要な更新期間が決められています。 健保組合までお問い合わせください。

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、TABけんぼーたる（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けんぼーたる ⇒
についてはこちら



被保険者
被扶養者

療養費 支給申請書

(コルセット・サポーター 等)

医師の指示により、治療用装具を購入、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	〇〇〇-△△△△-×××× 電話番号は日中連絡可能な連絡先
受診者氏名	健保 花子 続柄 (長女)	受診者 生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 17 年 7 月 15 日 <input type="checkbox"/> 令和 (17) 歳
傷病名	右腕骨折	発病または 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 5 年 6 月 25 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。 自宅の階段で転倒した際に、 右腕を強打し骨折	コルセット等 装着日	令和 5 年 6 月 28 日
		療養に 要した費用 (領収書金額)	20,000 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り込みます)		

【添付が必要な書類】 **すべて原本でご提出ください。**領収書
装具作製確認書保険医の装着証明書
装具の写真

※写真の撮り方等については別紙にてご確認ください

《提出先》トヨタ車体健康保険組合

裏面もご確認ください

2024年12月改定

装具作製確認書

あなた（またはご家族の方）が病院にかかり、医師の指示により作製された治療用装具について、給付金支払い決定に必要なため、受診状況等についてご回答をお願いします。

●下記（１）～（６）を全てご記入ください。

(1) 資格情報 記号-番号		
1 — 12345		
(2) 被保険者 氏名		
健保 太郎		
(3) 受診者 氏名（装具を装着した人）		
健保 花子		
(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）
令和 5 年 6 月 25 日	令和 5 年 6 月 25 日	令和 5 年 6 月 28 日

●下記質問について、当てはまる番号をマークしてください。

問 1. 装具を作成するために、サイズを測りましたか？
<input checked="" type="checkbox"/> 測った(オーダーメイド) ⇒ どなたが測りましたか？（ <input type="checkbox"/> 医師 <input checked="" type="checkbox"/> 装具業者 <input type="checkbox"/> 看護師） ⇒ 問 2 へ
<input type="checkbox"/> 測っていない(既製品装具を購入) ⇒ 問 3 へ
問 2. サイズを測った方（オーダーメイド）…どのような方法で測りましたか？
<input checked="" type="checkbox"/> 患部やその周囲にギブスを巻き石膏で型をとったり、足形版を踏み込んだり、「型」をとるような方法 ↓
<input type="checkbox"/> 患部やその周囲の寸法を、メジャーで細かく測るような方法 ⇒ 問 3 へ
問 3. 作製した装具は、医師の指示により作製・購入したものですか？
<input checked="" type="checkbox"/> はい
<input type="checkbox"/> いいえ ※医師の指示でない場合、治療用であると認められず申請を受理できない場合があります
<input type="checkbox"/> その他（ ）

*** 質問は以上です、ご協力いただきありがとうございました ***