

【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、いったん全額立替払いをし、後で健保組合に申請します。健保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。

よって、医師に装具の作製を薦められた場合でも、健保組合の判断により、療養費の給付対象とならないことがあります。

【支給対象となるもの】（すべての要件を満たしている場合）

- ・ 疾病又は負傷の治療遂行上必要不可欠であるもの
- ・ 保険診療の範囲内では対処できないもの
- ・ 厚労省が定めている基本工作法に基づくオーダーメイド品であるもの、または対象とすることが適当と認められた既製品
- ・ 症状固定以前に作製したもの
- ・ 9歳未満の小児が小児弱視等の治療で作製した眼鏡およびコンタクトレンズ

【支給対象外となるもの】

- ・ 治療のためではなく日常生活の向上・改善、利便性を目的とするもの
- ・ 原因疾患の解消目的ではなく、単に症状の緩和又は痛みの除痛を目的とするもの
- ・ スポーツ・リハビリ等、一時的に着用するもの
- ・ 美容を目的としたもの
- ・ 保険診療の範囲内の医療処置で対処可能なもの
- ・ 症状固定後に使用するもの（市町村の福祉制度の対象になります）
- ・ 支給対象と認められる既製品外の、一般流通している市販品やそれらの加工品
- ・ 耐用年数内での同一装具の作製
- ・ 装着確認時に保険医と義肢装具士の立ち合いがないもの

【支給額】

申請書に添付された領収書等により、住友理工健康保険組合が障害者総合支援法等により定められた額に基づき計算した額（実際に支払った額を超える場合は、実際に支払った額）から、加入者が窓口負担すべき額を引いた額

※実際に支払った額が、住友理工健康保険組合が障害者総合支援法等により定められた額に基づき計算した額を超えている場合は、住友理工健康保険組合が計算した額の範囲で支給されます。

【添付書類】 ※外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。（翻訳文は翻訳者が署名し、住所および電話番号を明記してください。）

必ず添付いただくもの

- ① 医師の「意見および装具装着証明書」等（原本）
※弾性着衣等の場合は、「弾性着衣等装着指示書」を添付してください。
※小児弱視等の治療用眼鏡等の場合は、「眼鏡等作成指示書」を添付してください。
視力等の検査結果が明記されていない場合は、検査結果のコピーを添付してください。
- ② 領収書（原本）
※装具や眼鏡等の名称、種類および内訳別の費用額が記載された領収書の原本を添付してください。
- ③ 装具作製確認書および装具の写真（弱視等治療用眼鏡の場合は不要）
※作製された装具の写真を添付してください。（装具の上下左右、サイズ表示、ロゴ等あればその箇所の写真）

必要に応じ、次の書類を添付してください。

ケガ（負傷）の場合	「負傷原因届」
第三者による傷病の場合	「第三者行為による傷病届」
被保険者が亡くなられ、 相続人の方が請求する場合	被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

被保険者 (申請者) 記入用

提出日 平成 30 年 4 月 15 日

被保険者 (申請者) 情報	被保険者証の (右づめ)	※保険証の上部に記載されています。		生年月日	年	月	日	
	氏名・印 (自署の場合は押印 省略できます)	ケンポ タロウ 健保 太郎		所属	部署名 (出向者は出向先の会社名) を記入してください。			
	住所	(〒 485 - 0831) 愛知県小牧市〇〇〇1 - 〇 - 〇 △△マンション〇〇〇号室						
	電話番号 (日中の連絡先)	自宅	0568	(× ×)	× × × ×	携帯	090	(× × × ×)
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)								

照会	照会等の 同意	私は、本手当の支給に際し、貴保険組合が必要に応じ、担当医、 事業主、年金事務所、労働基準監督署、又は他の関係する保険者 等に必要な情報を提示すること及び照会することに同意します。 また、照会先が貴保険組合に情報を提示することに同意します。 なお、この請求書の写しも有効であることに同意します。	氏名	健保 太郎
----	------------	--	----	-------

振込先指定口座	金融機関 名称	〇〇〇〇	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	1 2 3 4 5 6 7 左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ (姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(゜)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。) ケンポ゜ タロウ		口座名義 の区分

「2」の場合は必ず記入ください。

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		平成 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	住所	(〒 -) TEL ()	住所 「被保険者 (申請者) 情報」の住所と同じ
	氏名	(フリガナ)	委任者と 代理人との 関係	

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です

・マイナンバー

記入不要

被保険者のマイナンバー記載欄

受付日付印

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

被保険者 (申請者) 記入用

被保険者氏名

健保 太郎

申請内容

1 受診者

1

1. 被保険者 2. 家族 (被扶養者)

1 - ①家族の場合はその方の

氏名

生年月日

☐ 昭和 ☐ 平成

年 月 日

2 傷病名

左膝関節靱帯損傷

3 発病または
負傷年月日

平成 30 年 3 月 9 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

2

1. 病気

詳しく記入してください

2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。

5 診療を受けた医療機関等の

名称

所在地

診療した医師等の氏名

〇〇整形外科

小牧市〇〇1-1

〇〇 〇〇

名称

所在地

診療した医師等の氏名

6 診療を受けた期間

(平成) 年 月 日

年 月 日

から

まで

日数

日

6 - ①上記の期間に
入院していた場合は、
その期間

から

まで

日数

日

7 装具等の装着について
指示を受けた日

(平成) 年 月 日

300405

8 装具装着日

(平成) 年 月 日

300414

9 治療用装具の金額

38,460 円

装具の費用を記入

10 治療用装具について

治療用装具を作製した目的

患部の固定のため

作製した装具の形状

1. 既製品 (S・M・Lの規格品)

② オーダーメイド

3. その他 (

)

11 療養費の支給申請の理由

治療用装具を作製したため