

記入見本

療養費支給申請書【治療用装具や弾性着衣等を購入した場合】

1 記号・番号は保険証に記載されています。



2 医証(作製指示書)の記載内容をご記入ください。

3 治療用装具の装着日をご記入ください。
(例)
「装具装着証明書」に記載されている装具を装着した日
※「弾性着衣」の場合は記入の必要はありません。

4 領収書に記載されている金額をご記入ください。

5 該当する項目に☑および負傷・発病原因の詳細をご記入ください。

6 該当する申請理由に☑を行い、添付資料をご準備ください。
本申請書を送付される前に、添付資料にモレがないか確認の上、☑を行ってください。

※自治体の医療費助成申請のために作製指示書等が必要な場合は、TOTO健康保険組合にご提出される前にご自身で写しを取っていただきますようお願いいたします。

※療養費の給付決定後に自治体の医療費助成申請のために『給付金決定通知』が必要な場合は、TOPASサブより印刷が可能です。(ご退職・休職中の方には健康保険組合より支給決定後、送付いたします)

※裏紙使用禁止・A4印刷限定・修正液、修正テープ禁止(修正は修正箇所を二重線で消し、記入)

送付先	社内便の場合	TOTO株式会社 本社 TOTO健康保険組合 宛
	郵送の場合	〒802-8601 福岡県北九州市小倉北区中島2-1-1 TOTO健康保険組合 宛
問合せ先	電話番号	(内線)7-11-2182 / (外線)093-951-2182

健康保険 療養費支給申請書

◆下記事由に該当する場合は、本申請書と併せて添付資料(★)をご提出ください。
・医師の指示により、治療用の装具を購入、装着した場合や、9歳未満の小児が小児弱視等の治療を目的としてメガネを購入した場合
・病院等を受診時に保険証を持参せずに、全額自己負担した場合 など

※退職者(記号:105)の方は、社員番号は記入不要

保険証の記号・番号	記号 100 ①	番号 99999	社員番号	TOxxxxx	連絡先	(内線) 7 - - xx - xxxx (外線) xxx - xxx - xxxx
氏名	(フガナ) トノウ タロウ 東陶 太郎		住所	〒100 - xxxxx 東京都千代田区〇〇1-1-1		
対象者氏名	(フガナ) トノウ タロウ 東陶 太郎		対象者生年月日	昭 60年4月1日 平 60年4月1日 令	被保険者との続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)
負傷又は発病日	令 3年11月1日	診療を受けた医療機関	<名称> XX総合病院			
傷病名	アキレス腱断裂 ②		<所在地> 東京都中央区〇〇1-1-1			
受診の区別	<input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院	診療期間(装着日)	令 3年12月1日 ③	3年12月1日	診療等に要した費用	4 〇〇〇円
対象者 負傷又は発病の状況等	負傷した時間帯	<input type="checkbox"/> 勤務中 <input type="checkbox"/> 休憩時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 通学途中 <input checked="" type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他()				
	負傷場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 学校内 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 路上 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ⑤ 公園				
	負傷した原因	<input type="checkbox"/> 交通事故() <input type="checkbox"/> 自損・加害 <input checked="" type="checkbox"/> スポーツ中() <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 慢性的 <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼主: <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> その他()				
	負傷原因の詳細	バスケットボールをしていた際に転倒し、断裂				
発病の原因は第三者行為(交通事故・けんか等)によるものか	<input type="checkbox"/> はい → <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	“はい”の場合相手方の氏名・住所	<氏名> <住所>			
申請理由および添付資料(★)	<input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具、小児治療用眼鏡等を作成したため <input type="checkbox"/> 保険証を受け取る前もしくは持っていないため <input type="checkbox"/> 誤って以前の保険証を使用したため <input type="checkbox"/> その他 ()					
添付資料(★)	<input checked="" type="checkbox"/> 医証(作製指示書) <input checked="" type="checkbox"/> 領収書 <input checked="" type="checkbox"/> 見積書 <input checked="" type="checkbox"/> 請求書 <input type="checkbox"/> 専用台紙(靴型装具作製の場合のみ) <input type="checkbox"/> 療養費明細書 <input type="checkbox"/> 療養費明細書 <input type="checkbox"/> 領収証					
申請前にTOTO健康保険組合までご連絡ください						

健康使用欄	対象	本人	家族	取得中	喪失済	一般	未就学	高齢2割	高齢3割	給付	装具	立替	その他	初回	再支給	補修	前回	入院	外来	年	月	日	耐用年数	年	支給額	円
-------	----	----	----	-----	-----	----	-----	------	------	----	----	----	-----	----	-----	----	----	----	----	---	---	---	------	---	-----	---

【療養費 支給対象となる治療用装具】

①	医師の指示により、病気やケガの治療のためにコルセットや靴型装具など必要な装具を購入、装着した場合(治療用装具代を全額負担したとき)
②	小児弱視等の治療で眼鏡やコンタクトレンズを作成した9歳未満の幼児

※スポーツ時の利用を目的とするものや、美容を目的とするもの等は対象とはなりません。

≪時効≫：治療用装具等の費用を支払った日の翌日から2年

TOTO健康保険組合
ホームページ



(R5.10改)