

記入見本

療養費支給申請書【小児弱視等の眼鏡、コンタクトレンズを購入した場合】

1 記号・番号は保険証に記載されています。



2 医証(眼鏡等作成指示書)の記載内容をご記入ください。

3 記入不要です。
※「小児弱視等にかかる眼鏡等」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。

※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等を購入した場合
・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

被保険者の 記号・番号	100	1	99999	社員番号	TOxxxxx	連絡先	(内線) 7 - xx - xxxxx (外線) xxx - xxx - xxxxx
氏名	(フリガナ) トウトウ 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	(フリガナ) トウトウ イチロウ 東陶 一郎		対象者 生年月日	☐ 昭 ☐ 平 4 年 3 月 1 日 ☑ 令		被保険者との 続柄	☐ 被保険者本人 ☑ 家族(被扶養者)
負傷又は 発病日	令 年 月 日 ☑ 不明		診療を 受けた 医療機関	<名称> XX総合病院 <所在地> 東京都中央区〇〇1-1-1			
傷病名	弱視治療用眼鏡						
受診の 区別	☑ 外来 ☐ 入院		診療期間 (装着日)	令 年 月 日		診療等に 要した費用	〇〇〇 円
対象者 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 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 type="checkbox"/> その他()					
	負傷又は 発病の 原因	<input type="checkbox"/> 交通事故(<input type="checkbox"/> 被害・ <input type="checkbox"/> 自損・ <input type="checkbox"/> 加害) <input type="checkbox"/> スポーツ中 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> 慢性的 <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主: <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> その他()					
	負傷原因の 詳細	発病原因の 詳細 3歳児健診で弱視が判明し、治療用眼鏡を作成					
傷病の原因は第三者行為 (交通事故・けんか等)に よるものか	☐ はい → "はい"の場合 相手方の 氏名・住所 <氏名> <住所>		☑ いいえ				
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 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 ※見積書・請求書の発行が無い場合は不要 <input type="checkbox"/> 保険証を受け取る前もしくは持っていないかったため <input type="checkbox"/> 専用台紙(靴型装具作製の場合のみ) <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 ()						

健康保険 交付日	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 取得中 <input type="checkbox"/> 喪失済 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 未就学 <input type="checkbox"/> 高齢2割 <input type="checkbox"/> 高齢3割	<input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 立替 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 初回・ <input type="checkbox"/> 補修 <input type="checkbox"/> 再支給→前回: 年 月 日 / 耐用年数: 年 <input type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 外来	支給額 円
-------------	---	--	--	----------

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成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)

【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》：治療用眼鏡・コンタクトレンズの費用を支払った日の翌日から2年

