

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ご確認の上、☑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	保険証の記号・番号	記号 100 1 99999	社員番号	TOxxxxx	連絡先	(内線) 7 - xx - xxxx (外線) xxx - xxx - xxxx
	氏名	トトウ タロウ 東陶 太郎	住所	〒 802 - xxxx 北九州市小倉北区中島2丁目×番×号		
対象者	氏名	トトウ タロウ 東陶 太郎	生	60 年 4 月 1 日	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)
傷病名	アキレス腱断裂		診療を受けた医療機関	<名称> ××総合病院 <所在地> 北九州市小倉北区大手町×丁目×番×号		
受診の区別	<input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院	診察期間(装着日)	令 3 年 12 月 1 日	3 年 12 月 1 日	診察等に要した費用	4 〇〇〇 円
対象者(該当する場合のみ)	負傷又は発病の状況等	負傷日	令 3 年 11 月 1 日	発病日	令 年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 午前 5 時 30 分(頃) <input checked="" type="checkbox"/> 午後		<input type="checkbox"/> 不明		
		負傷した時間帯	<input checked="" type="checkbox"/> 勤務中 <input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 通学途中 <input type="checkbox"/> 休憩時間中 <input checked="" type="checkbox"/> 私生活 <input type="checkbox"/> その他			
		負傷場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input checked="" type="checkbox"/> その他(公園)			
		負傷した原因	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input checked="" type="checkbox"/> スポーツ中 <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主)			
	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				
	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	<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(★) ※原本のみ <input checked="" type="checkbox"/> 医証(作製指示書) <input checked="" type="checkbox"/> 領収書 <input checked="" type="checkbox"/> 見讀書 <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) ※見讀書・請求書が無い場合は不要 <input type="checkbox"/> 診察報酬明細書 <input checked="" type="checkbox"/> 領収証 <input type="checkbox"/> 診察報酬明細書 <input type="checkbox"/> 領収証 事前にTOTO健康保険組合までご連絡ください			

「健保使用欄」 受付日	対象 <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	給付種別 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 立替 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 初回・補修 <input type="checkbox"/> 再支給→前回 <input type="checkbox"/> 入院・外来	年 月 日 / 耐用年数: 年	支給額	円
----------------	---	--	---	-----------------	-----	---

(R.4.1改)

【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

