

健康 使用 欄	支払年月日		常務理事	事務長	係長	担当	受付No.
	取得	昭和・平成・令和 年 月 日					
	資格 喪失	平成・令和 年 月 日	区分	本人	家族	6歳	高齢
	扶養認定日	昭和・平成・令和 年 月 日	高額療養費				円
	領収書額	円	付加金				円
装具コード		支給金額				円	

アイシン健康保険組合

 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、治療用眼鏡等の装着】

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証	記号	番号	※枝番の記入必要ありません		会社名・所属	
	同意書	アイシン健康保険組合 理事長殿		同意日	令和 年 月 日	生年月日	
		健康保険法に基づく療養費の支給決定を行うにあたり、貴組合が必要に応じて、医療機関及び関係機関に対して、給付記録・診療履歴・法令による保険給付受給に関する情報等の照会を行うこと、又、関係機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。 尚、本書の写しも有効といたします。		被保険者 氏名		昭和 平成 令和 年 月 日	
				連絡先	〒	都 道 市 区 町 府 県	
			自宅Tel:	携帯Tel:			
	対象者氏名			対象者生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日		
	傷病名			発病または 負傷年月日	平成 令和 年 月 日		
	発病又は 負傷の原因	どこで		何をしていたか			
	療養を受けた 医療機関	名称、所在地		医師名			
	装具名			装具領収書額	円		
領収書の 年月日	令和 年 月 日	第三者の行為（交通事故けんか等） によって負傷したものですか？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
銀行振込先	療養費は、給与の口座又は会社指定口座へ振り込みます。退社等で給与口座以外の振込は下記へ記入してください						
	銀行・信用金庫・信組・農協			支店	普通・当座		
口座番号		口座名義人 (カタカナ)					

● 添付書類：装具（コルセット等）

(1) 下記の内容が記載されている領収書(原本)

①装着者の氏名、装具の名称

③オーダーメイド又は既製品の別（既製品の場合、製品名を含む） ④治療用装具を取り扱った義肢装具士の名前

(2) 装着が傷病の療養のため必要と認められた、医師による装具装着証明書（原本）

(3) 装具作製確認書 ①

(4) 治療用装具の写真3～4枚(写真かデータのどちらかで提出) ※義眼、弾性着衣の場合は不要。

● 添付書類：小児治療用眼鏡

(1) 領収書(原本) ※装着者の氏名、費用の内訳、治療用眼鏡と明記のあるもの

(2) 指定病名記載のある作成指示書(原本)又は処方箋(写)

● 請求書提出ルート：本人 → 健康保険組合

2024.6改訂

『治療用装具』申請時の注意事項

★療養費の対象となる治療用装具

- * 医師の指示にもとづいて作製されたものであること
- * 治療のために必要不可欠なものであること
- * 患者の体に合わせて作られたオーダーメイド品であること
- * オーダーメイドで作製した場合のものと同等又はそれに準ずる機能が得られると認められる既製品であること

★治療装具とは認められないもの（対象外）

- * 症状が固定した後に装着したもの
- * 市町村の福祉制度から給付が受けられるもの
障がい手帳を提示して作製する装具は『補装具』となり、福祉医療制度の対象となります。
- * 足底装具について、屋内用・屋外用で2足を作製する場合、1足のみ支給対象
- * 運動するため、(部活動・スポーツクラブ等)に作製した装具

★締切日と支給日について

- * 支給日は、毎月22日（支給日が土・日・祝日の場合はその前日）
- * 毎月20日までに健康保険組合に到着した申請書が次月の支払対象となります。
但し、長期連休の場合は、この限りではありません。尚、書類不備や調査等により遅れる場合があります。

★添付書類(全て原本)・更新時の注意事項

治療用装具関係	添付書類	支給条件（更新等）	
装具(コルセット等) 義手、義足、義眼等 『義眼』の写真添付は不要	① 下記の内容が記載されている 領収書(原本) ・装着者の氏名、装具の名称 ・料金明細 ※内訳別に名称、採型区分・種類等、価格を記載 ・オーダーメイド又は既製品の別 ※既製品の場合、製品名を含む ・治療用装具を取り扱った 義肢装具士の名前 ② 装着が傷病の療養のため必要と認められた 医師による 装具装着証明書(原本) ③ 装具作製確認書 ① ④ 治療用装具の写真3～4枚 (写真かデータ提出)	前回購入した時の 年齢	更新前に使用 していた期間
		0歳	4ヶ月以上
		1～2歳	6ヶ月以上
		3～5歳	10ヶ月以上
		6～14歳	1年以上
		15歳以上	1年6ヶ月以上
		下記については15歳以上使用年数に関わらず 1年 1. 手部・手指義手の装飾用、足袋型・足指義足 2. 完成用品のうち「手部」「手袋」及び「足部」 3. 完成用部品を構成する小部品・消耗品 * 起算日：前回購入した領収日	
小児治療用眼鏡 『治療用眼鏡』の写真添付は不要	① 下記の要件を満たす 領収書(原本) A. 費用の内訳がわかるもの ルーム、レンズ、サングラス、加工代等内訳記載 上記記載のないシート等は不可 B. 装着者の氏名が入った領収書 C. 治療用眼鏡と明記のあるもの ② 下記病名記載のある、医師による治療用 眼鏡の 作成指示書(原本) 又は 処方箋(写) 弱視、斜視、先天性白内障術後の屈曲矯正	今回購入する時の 年齢	更新前に使用 していた期間
		0～4歳	前回より1年以上
		5～8歳	前回より2年以上
		* 起算日：前回購入した領収日	
		申請額の上限	
		治療用眼鏡	40,492円
		治療用コンタクトレンズ 1枚当たり	13,780円
弾性着衣 (リンパ節郭清術を伴う 悪性腫瘍の術後) 『弾性着衣』の写真添付は不要	① 領収書(原本) (装着者の氏名、弾性着衣の名称、 種類及びその内訳別の価格が記載されているもの) 領収書に内訳の記載がないものは不可 内訳の記載がない場合、見積書・請求書も添付 ② 病名記載がある医師による装着指示書(原本) 一度に購入できる弾性着衣は2着まで 前回作製時より、6ヶ月は経過していること	申請額の上限	
		弾性ストッキング 両足	28,000円
		弾性ストッキング 片足	25,000円
		弾性リブ [®]	16,000円
		弾性グローブ [®]	15,000円
		弾性包帯 上肢	7,000円
		弾性包帯 下肢	14,000円