

治療用装具・治療用メガネ等を 作成されたお客様へ

➡ **申請することで、一定の払い戻しを受けられます**

仕事とは関係のないケガや病気で、治療のために医師の指示にもとづき、治療用装具等を作成した時に、請求手続きをすることで、費用の一部が払い戻されます。
(※ 一定期間に同じ装具を再作成されますと、払い戻しできない場合があります)

対象となる治療用装具

- コルセット、膝サポーター等の治療用装具
- 弾性ストッキング、弾性スリーブ、弾性グローブ等(四肢リンパ浮腫治療者用、乳がん、子宮悪性腫瘍等の術後者用)
- 弱視や斜視等の治療用メガネ、コンタクトレンズ(9歳未満の小児用)

支給額

【 支給額 = 各治療用装具の基準額 × 年齢に応じた一定割合 】

【年齢に応じた一定割合】

義務教育就学前の方	義務教育就学後～69歳の方	70～74歳の方(高齢受給者)	
		現役並み所得者	その他
8割	7割	7割	9割 (H25.3.31まで)

コルセット等の治療用装具	弾性ストッキング 等	治療用メガネ等(9歳未満の小児用)
装具の基準額 × 一定割合	購入金額(上限額あり) × 一定割合 【 上限額 】 ・弾性ストッキング 28,000円 (片足用の場合 25,000円) ・弾性スリーブ 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	購入金額(上限額あり) × 一定割合 【 上限額 】 ・眼鏡 37,801円(税込み) ・コンタクトレンズ1枚 15,862円(税込)

手続方法

『療養費支給申請書』と『添付書類』を全国健康保険協会へ提出。 ※ご提出は、郵送でお願いします

療養費支給申請書は、ホームページからダウンロードできます。また、記入例も載っております。
お電話を頂ければ、郵送いたします。

<http://www.kyoukaikenpo.or.jp/>

装具等の種類	添付書類(①と②の両方とも原本)
治療用装具(コルセット・膝サポーター等)	①領収書(装具の種類および内訳が記載されたもの) ②医師の意見書(同意書・証明書)
弾性ストッキング 等	①領収書(装具の種類が記載されたもの) ②弾性着衣等装着指示書
治療用メガネ・コンタクトレンズ (9歳未満の小児用)	①領収書(「弱視治療用」などメガネ等の種類が記載されたもの) ②『医師証明書(作成指示書)』および 『検査書(視力等の検査結果のわかるもの)』

〒461-8515 名古屋市東区葵1-13-8 アーバンネット布池ビル2階

全国健康保険協会 愛知支部

【 TEL 052-979-5190 】

※8:30～17:15(土日祝日・年末年始は除く)

申請書記入のポイント

療養費支給申請書をご提出されても、記入内容や添付書類の不備等により、申請書類をお返しする場合があります。申請書ご記入の際の注意点について、ご説明します。

①申請者

ご家族(被扶養者)が装具を作成された場合であっても、被保険者の方が申請者となります

家族分の請求の場合の記載例

健康保険 家族(被扶養者) 01123
被保険者証 平成20年10月14日交付
記号 11010203 番号 123456

氏名 ケガ ハナコ 健保 花子
生年月日 昭和 51年 10月 22日 性別 女
認定年月日 平成 20年 10月 10日
被保険者氏名 健保 太郎
事業所所在地 港区0001-2-3
事業所名称 ○○ 株式会社
保険者番号 01101100111
保険者名称 全国健康保険協会 ○○支部
保険者所在地 ○○市○○区○○町○-○-○

届書コード 6 3 5 健康保険 被保険者 療養費支給申請書(第 回目)
(立替払等、治療用装具、生血)

被保険者証の記号・番号 5 0 0 3 0 5 届書種別 05 受付年度 平成 年 月 日 通 番 番

被保険者(申請者)の氏名と印 健保 太郎 事業所の名称 ○○ 株式会社
所在地 名古屋市港区0001-2-3

被保険者(申請者)の住所 郵便番号 ●●●-▲▲▲ (フリガナ) アイチ ナゴヤシナカク 愛知 名古屋市港区 052-()-()-()-()

被扶養者の氏名 健保 花子 被扶養者の生年月日 平成 5 1 1 0 2 2 被扶養者との続柄 妻

②給付金の振込先口座名義

振込先の口座名義は原則として、被保険者様名義となります。被保険者様以外(ご家族様など)の口座への振込を希望される場合は、代理人への委任が必要となるため、申請書の「受取代理人の欄」への記入・押印が必要となります。

振込希望口座 1 金融機関 金融機関コード ○ ○ 銀行 金庫 信組 支店・本店 支店・出張所

支払区分 ※ 信連・信漁連 農協・漁協 本所・支所 本店・支店

口座名義 (フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎

給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

③負傷原因記入欄

ケガ(負傷)による装具代金のご請求の場合は、負傷の原因を記入してください

受取代理人の欄 本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。平成 年 月 日
住所 氏名
代理人の氏名と印 (フリガナ) 委任者と代理人との関係
代理人の住所 (〒 -) 電話 ()

負傷原因記入欄 初回申請時のみ記入してください。
① 負傷の原因について記入してください。(該当する□にチェック(☑)してください。)

被 保 (負傷日時・場所等) 1. いつケガ(負傷)をしましたか。平成 年 月 日(曜日) 午前・午後 時 分
(受診した医療機関) 7. 診療を受けた医療機関名とその期間等 医療機関名 平成 年 月 ~ 平成 年 月 □ 治癒 □ 治療中

- 次の場合は、療養費の支給対象外となります。
- ・ 仕事(業務上)で起きたケガ・病気
 - ・ 通勤途上の事故によるケガ