健康保険（被保険者/家族）療養費支給申請書（治療用装具）
記入上のご注意

コルセットや弾性着衣、治療用眼鏡等を作成・購入し、費用の払い戻しを受ける場合に本申請書ご使用ください。なお本申請書に加え添付書類が必要です。ご提出は当組合へ直接ご送付ください。

【注意事項】
傷病の原因が仕事中または通勤途中によるもので、労災に該当するときにはご申請いただけません。労災に該当するかは、労働基準監督署にご確認ください。第三者行為によるものであるときは、別途「第三者行為による傷病届」が必要になります。申請前に当組合までご連絡ください。

【記入方法】
次ページからの記入例をご参考ください。

【添付書類】※療養費支給申請書に加え下記添付書類が必要です。

ギプス・コルセットなどの 治療用装具を購入、装着したとき	■添付書類 ①医療機関発行の装具を必要とする証明書《原本》 ②領収書《原本》 装具の名称、種類および内訳別の費用額・義肢装具士の氏名（押印でも可） ・オーダーメイドまたは既製品の別（既製品の場合は製品名・メーカー名） が記載された領収書 ③（靴型装具及び足底装具の場合） 実際に装着する現物の写真⇒①正面 ②側面（左右） ③裏面（正面の反対側）
小児弱視等の治療用眼鏡や コンタクトレンズを購入し たとき	小児の弱視、斜視および先天白内障術後の屈折矯正の治療に必要であると医師が判断して作成する眼鏡およびコンタクトレンズが給付の対象となります。 ※単なる近視等は対象外です。 ※予備レンズ、斜視の矯正用のアイパッチ等は対象外です。 〇給付条件 １．９歳未満が対象 ２．前回の申請から、５歳未満は１年以上、５歳以上は２年が経過していること 〇給付上限 眼鏡　38,902円 コンタクトレンズ　16,324円（１枚） ※上記額を上限として、支払った額の７割（就学前は８割）を給付いたします。 ■添付書類 ①保険医の治療用眼鏡等の作成指示書の写し ②患者の検査結果の写し（①に検査結果の記載がある場合は不要です） ③領収書《原本》 眼鏡等の名称、種類等の費用額が記載された領収書
四肢のリンパ浮腫治療のため の弾性着衣等を購入したとき	■添付書類 ①領収書《原本》 弾性着衣等の名称、種類および単価・購入枚数が記載された領収書 ②医療機関等が発行した「弾性着衣等装着指示書」《原本》
スティーヴンス・ジョンソン 症候群および中毒性表皮壊死 症の眼後遺症により、輪部支 持型角膜形状異常眼用コンタ クトレンズを購入したとき	上限の範囲内の７割を給付します。 ※１枚あたり158,000円を上限とする。 ２回目以降に購入するときは、前回購入時から装着期間が５年以上あること。 ■添付書類 ①領収書《原本》 ②医師の「治療用コンタクトレンズの作成指示書」のコピー ③「治療用コンタクトレンズの作成指示書」に傷病名が記載されていない場合は、傷病名が記載された処方箋等のコピー

療養費支給申請書の記入例は次ページ

〇お問い合わせ　東宝健康保険組合　03-3212-8400
〇申請書の送付先　〒100-0006
東京都千代田区有楽町 1-7-1 有楽町電気ビル北館 10 階
東宝健康保険組合　給付担当宛

健保記載欄			

1 2

健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書（治療用装具）

被保険者（申請者）記入用

コルセットや弾性着衣、治療用眼鏡等を作成・購入し、費用の払い戻しを受ける場合にご使用ください。なお記入方法および添付書類等については別紙記入例をご覧ください。

被保険者（申請者）情報

	記号	番号	生年月日 年 月 日
被保険者証の（右づめ）	1 2 3 4	5 6 7 8	☑昭和 ☐平成 ☐令和 4 8 0 9 1 0
氏名	（フリガナ） ケンポ タロウ 健保 太郎		
住所	（〒 ー ） 〇〇 都 道 府 県 〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号〇〇		
電話番号（日中の連絡先）	TEL （ ）		

振込先指定口座

金融機関名称	〇〇	銀行 金庫 信組 農協 漁協	〇〇	本店 支店 出張所 本所 支所
預金種別	1 1．普通 2．当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	右づめでご記入ください。
口座名義	▼カタカナ（姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。） ケ ン ホ ゜ タ ロ ウ			

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

健保記載		
	決裁年月日	年 月 日
	支給額	円

受付日付印

健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書（治療用装具）

1 2

被保険者（申請者）記入用

被保険者氏名	健保　太郎

申請内容

① 装具作成対象者	1　1.被保険者 2.被扶養者	氏名	同上	生年月日	☑昭和 □平成 □令和 48 年 9 月 10 日
② 傷病名	右膝関節靭帯損傷			③発病または負傷年月日	令和 5 年 7 月 11 日
④ 仕事中（業務上）、通勤途中の傷病ですか	2　1.はい → 2.いいえ	労災に該当するときには申請できません。労災に該当するかは、労働基準監督署にご確認ください。			
⑤ 傷病の原因は第三者の行為（交通事故やケンカ等）によるものですか。	2　1.はい 2.いいえ	「1.はい」の場合、別途「第三者行為による傷病届」をご提出ください。			
⑥-1 診療を受けた医療機関等の名称	〇〇総合病院				
⑥-2 診療を受けた医療機関等の所在地	東京都〇〇区〇〇				
⑥-3 診療した医師等の氏名	〇〇　〇〇				
⑦ 装具等の装着指示日（医師による装着指示日）	令和 05 年 07 月 12 日				
⑧ 装具等購入日（領収日）および金額	令和 05 年 07 月 12 日　2500 0 円（右づめ）				
⑨ 装具等装着確認日（証明日）	令和 05 年 07 月 12 日				
⑩ 診療の内容	治療用装具の装着				
⑪ 療養費申請の理由	治療用装具を作成したため				

※本申請書以外に添付書類が必要です。詳細は記入上のご注意（別紙記入例の１ページ目）をご覧ください。