

装具を作製したとき

療養費【装具】支給申請書

医師が療養上必要と認めた治療装具などを作製した場合には、あとで健康保険組合から払い戻しを受けることができます。手続きには、医師の装着証明書・領収書が必要です。

ただし、症状が固定した後は支給されません。また、眼鏡（9歳未満の弱視・斜視及び先天性白内障術後の屈折矯正治療用眼鏡・コンタクトレンズを除く）・補聴器は治療のためとは認められないので対象外です。

※ 装具には使用期間の定めがありますので、同一の装具を同一期間内に作製した場合には支給対象外になることがあります。

◆手続方法

【療養費【装具】支給申請書】の被保険者が記入するところを記入し、必要書類を添付のうえ、勤務先健康保険担当部署へ提出してください。（健康保険組合に直接提出ではありませんのでご注意ください）

※ 医師の装着証明書は医療機関によって名称が異なる場合があります。

※ 添付書類は原本を提出いただきますが、返却希望の方はその旨余白にご記入ください。支給決定時に返却いたします。

◆支給方法

勤務先担当経由で、毎月10日までにいすゞ自動車健康保険組合に到着した申請書について当月の23日に事業主あて振込みます。その後、事業主から申請者へ支給されます。（支給日は事業所によって異なりますので詳しくは勤務先健康保険業務担当部署へお問い合わせください。任意継続被保険者へは当月23日に請求者あて支給します。）

◆支給金額

実際に支払った額ではなく、障害者総合支援法で定められた装具の価格を基準にして算定した額から一部負担金を差し引いた額が支給されます。

◆記入例

記入もれのないようにご注意ください。

押印省略可 申請書内以下欄にチェックのうえ、請求願います。

記載内容について申請者本人が確認しました。 ※ チェックの記載がない場合、受領できませんのでご注意ください。

療養費【装具】支給申請書

いすゞ自動車健康保険組合 御中 (被保険者・被扶養者)

提出 年 月 日	被保険者名 健保 太朗		生年月日 (44才) 昭和50年5月3日	記号 100	番号 123456
被保険者が記入するところ	〒000-0000 TEL 000-000-0000	事業所名 〇〇県〇〇市〇〇町〇番地〇番号 〇〇ハイツ〇〇〇号 〇〇〇〇〇〇〇〇株式会社			
傷病名 左膝内側々副韧带損傷	発病又は負傷の年月日 平成31年4月2日	第三者行為によるものか はい いいえ			
発病または負傷の経緯 学校で、バスケットボールの試合中に転倒し受傷	発病または負傷の経過 (行動目的・負傷現場・負傷状況について詳しく記入してください)		仕事・通勤中の負傷か はい いいえ		
入院・外来の別 入院・外来	装具装着日 平成31年4月5日	再作製/修理	装具名 左膝装具	金額 20,960 円	
送金先 〇〇銀行	口座番号	受取人氏名(カナ)			

医師の装着証明書・領収書 貼付欄

添付書類の返却 希望する・希望しない

※ 返却希望の場合は、ホッチキスなど糊以外の方法で添付願います。装具画像の返却はしません。

9

【添付書類】コピー不可 すべて原本を提出してください。

- 治療用装具(リンパ浮腫治療のための弾性着衣等の場合は①と②のみ)
 - ① 装着者の氏名が記入された領収書・内訳書(装具の名称・種類・内訳別の価格の記載があるもの)
 - ② 医師の証明書・指示書または診断書・意見書など(治療上装着が必要であるという証明)
 - ③ 装具作製確認書
 - ④ 治療用装具画像貼付台紙(治療用装具の写真を貼りつけて提出)
- 小児治療用眼鏡
 - ① 装着者の氏名が記入された領収書(レシートではなく領収書を添付)
 - ② 治療用眼鏡等作成指示書(医師の証明) ※ 眼鏡処方箋ではなく病名記載の作成指示書

(注) 提出先は勤務先健康保険業務担当部署です。(健康保険組合に直接提出ではありません)
 ・当申請書にて「付加」の記入は不要です。マフナーで申請したい場合は、番号欄に記入のうえ、番号および本人確認書類の添付が必要です。

事業所	健康保険業務担当部署	
課長	担当	

- ① 該当するほうに○印を記入
- ② 提出する日を記入
- ③ 保険証に記載の番号を記入
- ④ 部屋番号・電話番号まで正確に記入
- ⑤ 会社名を記入
- ⑥ 交通事故などのときは届出が必要ですが(健保までご連絡ください)
- ⑦ できるだけわしく記入してください
- ⑧ 通常は、事業所経由での支給のため記入不要
任意継続の方は、加入時届出口座へ振り込みます
- ⑨ この欄に領収書などを貼付してください
返却希望の場合は、糊付けはしないでください

- 裏紙使用不可
- 記入するときは、鉛筆は使用しないでください。
- 記入もれのないように注意してください。
(記入もれがあると支給が遅れる場合があります)
- 別途必要書類の提出を求める場合があります。
- 訂正したところは、訂正印を押印してください。
- 押印もれにご注意ください。

◆問い合わせ先

いすゞ自動車健康保険組合

〒252-0806
 神奈川県藤沢市土棚8番地
 0466-42-0711(内線 8791-31)
 業務課 医療給付担当