

健保記入欄	
支給額 (法定)	円

療養費支給申請書

本人
 家族

- 治療用装具
 小児弱視治療用眼鏡
 弾性着衣等 その他

年 月 日提出

※ 次頁の【提出書類等注意事項】をよく読んでご記入し、併せて添付書類もご用意ください。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等 記号・番号	-		被保険者 (請求者) 氏名	(フリガナ)		
	事業所名			生年月日	□ 昭・□ 平 年 月 日生		
	所 属 課・係・店等			メールBOX	〒 -		
	会社 TEL	外線		内線		自宅 TEL	
	受診者氏名	(フリガナ)		受診者の 生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和	年 月 日	被保険者 との続柄
	傷病名			発病した 状況	日時	年 月 日	□ 午前 □ 午後 時 分頃
	受診した病院の 住所 病院名 及び医師名			(具体的に)	状況		
	医師の 作成指示日	令和	年	月	日	日間	治療用装具の金額
	第三者の行為 が原因ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	左の設問で 「はい」の場合	<input type="checkbox"/> 第三者が不明		<input type="checkbox"/> 第三者から療養費の補償がない (第三者から療養費の補償がある場合は健康保険組合からは重複して支給することが出来ません)	
	<input type="checkbox"/> 給付金の受領を事業主へ委任します。また、ヤマハ健康保険組合が医療機関等に対して、内容照会を行うこと又は 当該医療機関等が内容照会の回答をすることに同意します。(□に✓を入れてください)						

* 被保険者等記号・番号を訂正する場合は、訂正印を押印してください。(修正液等不可)

受け取り代理人欄 (事業主)	住所	
	事業所名	事業所名をゴム印で押印してください
	代表者名	

※退職後、任意継続に加入されない方のみ下記にご記入下さい。

振 込 先	金融機関名	本・支店名	預金種別	口座番号	名義人名
	コード No.	コード No.	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		(フリガナ)

☆ 申請書を提出される前に添付書類等をご確認の上、□に✓を入れてください。

* 領収書・医師の証明書は返却いたしません。必要な方は、各自コピーをとってください。

申請区分	添付書類 (全て原本)
<input type="checkbox"/> 治療用装具 (コルセット等)	<input type="checkbox"/> 装着者の氏名が記載された領収書・内訳書 <input type="checkbox"/> 装具装着証明書(医師の証明) <input type="checkbox"/> 装具確認書(アンケート) <input type="checkbox"/> 装具写真 □ メール送信(月 日) or □ 同封
<input type="checkbox"/> 小児治療用 眼鏡	<input type="checkbox"/> 装着者の氏名が記載された領収書 <input type="checkbox"/> 治療用眼鏡等作成指示書(医師の証明) <input type="checkbox"/> 領収明細書(眼鏡店が記入)
<input type="checkbox"/> 弾性着衣等 (悪性腫瘍の術後等)	<input type="checkbox"/> 装着者の氏名が記載された領収書・内訳書 <input type="checkbox"/> 弾性着衣等装着指示書(医師の装着指示書)

申請書提出先
● 会社(事業所)の健保保険取扱い窓口 (総務・人事・管理課等) * ヤマハ健保へ直接送付しないでください。 * 各会社(事業所)の提出先一覧を「ヤマハ健保 ホームページ」からご覧いただけます。
● 任意継続加入の方 * 直接、ヤマハ健保へ送付してください。 * 受領委任に関するチェック欄の記入は不要 です。(ゆうちょ銀行へ振り込みます)

備考
被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 被保険者等記号・番号を記載した場合は不要です。 (マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票写し等)」及び「身元確認 書類(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。)

* 療養費の請求権の消滅時効は、支払いを完了した日の翌日から2年間となります。

事業所担当者印	健保受付印

【提出書類等注意事項】

『治療用装具』とは、**疾病や負傷の治療遂行上必要な範囲**のものに限られ、日常生活や職業上の必要性によるもの、美容の目的で使用されるものは健康保険の対象となりません。ヤマハ健保では、装具装着後の効果検証も含めて審査しておりますので、医師の指示書がある場合でも、審査の結果、健康保険の対象と判断できない装具については、装具代金の全額または一部を療養費支給の対象外とさせていただく場合があります。

●支給対象とならないもの・・・

- ・洗い替え等日常生活の利便性(屋内・屋外用や昼・夜用など)のためのもの
(治療用装具の支給は、1種目につき1個と定められています)
- ・職業上やスポーツ等の際に一時的に着用するもの
- ・症状固定後に使用するもの(市町村の福祉制度の対象になります)

治療用装具関係	注意事項
コルセット等	<ul style="list-style-type: none">・領収書に内訳の記載がない場合、内訳が記載された内訳書や明細書等も添付・別紙「装具作製確認書」を記入・写真を添付又は、画像データをメール送信 (取扱説明書でも代用可)
小児弱視治療用眼鏡 (0歳～8歳)	<ul style="list-style-type: none">・領収書には領収印が押してあること・上限額 : 治療用眼鏡:40,492円 コンタクトレンズ(1枚あたり):13,780円・再作製 : 5歳未満は1年後、5歳以上は2年後・オプション・加工代は支給対象外(UV加工、薄型加工等)
弾性着衣等 (悪性腫瘍の術後四肢リンパ浮腫又は 原発性の四肢リンパ浮腫の治療)	<ul style="list-style-type: none">・領収書に内訳の記載がない場合、内訳が記載された内訳書や明細書等も添付 (購入した品名、購入数、タイプが確認できること)・一度に購入できる弾性着衣は2着まで 弾性ストッキング1着28,000円上限(片足用は、25,000円)・医療機関が発行した領収書は対象外・弾性包帯については医師の判断により弾性ストッキングを使用できないと指示がある場合に限り対象

* 支払方法

- ・ **在職者の場合、給与に振込となっております。**
□給付金の受領を事業主に委任します(□)に✓を必ず入れてください。
- ・ 任意継続の方は、ゆうちょ銀行に振り込みます。
- ・ 退職者で任意継続に加入されない方は、振込先欄にご記入ください。