

支給決定 伺	・治療用装具	支給 総額	¥	取得日	年	月	日	常務理事	事務長
	・弾性着衣等			喪失日	年	月	日		
	・治療用眼鏡	法定	¥	認定日	年	月	日	課長 / 係長	担当者
	()	付加	¥	抹消日	年	月	日		
装着日	年	月	日	本人家族	一般(7割) 就学前(8割) 高齢(8割)	備考			

これより上は記入しないでください。

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (治療用装具)

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	① 被保険者等 記号番号	記号	番号	② 事業所 名称	
	③ 氏名	フリガナ		④ 被保険者 生年月日	昭・平 年 月 日
	⑤ 住所	〒 - 日中連絡のとれるTEL () -			

申 請 内 容	⑥ 装具作製 対象者名			⑦ 生年月日	昭・平・令 年 月 日	⑧ 続柄	
	⑨ 傷病名			⑩ 発病又は負傷 の年月日	平・令 年 月 日		
	⑪ 傷病の原因はケガ、又は腰痛等（腰痛は被保険者のみ）ですか			いいえ・はい・・・>「負傷原因報告書」を添付			
	⑫ ⑪がはいの場合、第三者行為によるものですか			いいえ・はい・・・>「第三者行為による傷病届」を添付			
	⑬ 診療を受けた 医療機関等	a 名称	b 所在地		c 診療した医師等の氏名		
	⑭ 装具等の装着指示日	年 月 日 (医師による装着指示日)					
	⑮ 装具等購入日	年 月 日	⑯ 購入額	円	領収書に記載されている日付、金額を記入		
	⑰ 装具等装着日	年 月 日 (弾性着衣、小児弱視等にかかる治療用眼鏡等の場合は記入不要です。)					
	⑱ 公費負担（子ども・ひとり親・身障者助成制度等）の適用を受ける事ができますか					はい・いいえ	
	⑲ 申請理由	治療用装具を作製し装着したため					
⑳ 退職者のみ記入 振込先	銀行・信金 信組・農協	d 預金種別 普通	e 口座番号				
	本店・支店 本所・支所		店番()	f 口座名義人(カタカナにて記入)			

委 任 欄	㉑ 上記療養費の受領を健保代理受領口代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 (申請者)	(事業主記入欄) 健保代理受領口代理人氏名	(受付日付印)
-------------	---	--------------------------	---------

【注意事項】

- ・在職中の方は受領代理人が必要です。委任欄に記名のうえ事業所へ提出してください。
- ・ボールペン等、消えない筆記用具でご記入ください。鉛筆、消せるボールペン(フリクション等)は不可です。
- ・訂正される場合は、訂正箇所を二重線(黒)で抹消し、訂正印を押印のうえ正しい内容を記入してください。

【治療用装具の支給要件等】

支給対象となるのは下記の場合などで、医師が治療上必要であると認め、**SGホールディングスグループ健康保険組合がやむを得ないと認めたとき**に療養費が支給されます。

1. 医師の指示により、コルセット、サポーター、関節用装具、義肢（義手（練習用仮）義足）、義眼など、治療のため必要な装具を購入し、装着したとき
2. 下記の疾患の治療のため、医師の指示により弾性着衣を購入したとき
 - ・ 鼠径部、骨盤部若しくは腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍の術後に発生する四肢のリンパ浮腫
 - ・ 原発性の四肢のリンパ浮腫
3. 9歳未満の小児が、下記疾病の治療のために眼鏡やコンタクトレンズを作成したとき
 - ・ 弱視
 - ・ 斜視
 - ・ 先天性白内障の術後の屈折矯正
4. 輪部支持型角膜形状異常等の治療用コンタクトレンズを医師の指示により作成したとき
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おいて、既存の眼鏡、コンタクトレンズを用いても十分な視力が得られない患者に対する視力補正および自覚症状の緩和を使用目的または効果として、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律に基づき承認され、保険医の指示に基づき作成された輪部支持型角膜形状異常眼用コンタクトレンズが支給対象となります。

※ 治療用装具等を再作成する場合は、年齢や装着期間によっては支給対象とならない場合があります。

【申請期限（時効）】

健康保険による給付を受ける権利は2年を過ぎると時効により消滅し、請求できなくなります。

起算日：実際に代金を支払った日の翌日

【記入上の注意】

- ・ ①欄は、マイナポータル・資格情報のお知らせ・資格確認書に記載されている記号と番号をご記入ください。枝番は記入不要です。
- ・ ②欄は、被保険者の勤務している（していた）会社の名称を記入してください。
- ・ ③欄～⑤欄は被保険者についてご記入ください。
被保険者が亡くなられ、法定相続人が申請される場合、③欄は、法定相続人の氏名を、④欄は、被保険者の生年月日を、⑤欄は、法定相続人のご住所をご記入ください。
- ・ ⑪欄「負傷原因報告書」、⑫欄「第三者行為による傷病届」を既にSGホールディングスグループ健康保険組合にご提出いただいている場合は添付不要ですが、余白に「提出済」とご記入ください。
- ・ ⑭欄は、治療用装具等の装着について指示を受けた日をご記入ください。
例) 弾性着衣：「弾性着衣等装着指示書」に記載されている装着指示日
小児弱視等にかかる眼鏡等：「眼鏡等作成指示書」に記載されている作成指示日
- ・ ⑮、⑯欄は、領収書に記載されている日付と金額をご記入ください。
- ・ ⑰欄は、治療用装具を装着した日をご記入ください。
例) 「治療用装具製作指示装着証明書」に記載されている装具を装着した日
※弾性着衣、小児弱視等にかかる治療用眼鏡等の場合は記入不要です
- ・ ⑳欄は、退職または任意継続により被保険者が給付金を直接受領する場合に振込先を記入してください。この場合、口座名義人は被保険者名義に限ります。
被保険者が亡くなられ、法定相続人が申請される場合は、申請者の振込口座情報をご記入ください。
※ゆうちょ銀行の口座へお振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号（7桁）をご記入ください。
- ・ ㉑欄は、在職中の方は必ず記名してください。

添付書類（コピーと指定していないものは原本が必要になります。）	
治療用装具を購入、装着した場合	<ul style="list-style-type: none"> ○ 治療上、その装具を必要と認めた医師意見書 「治療用装具製作指示装着証明書」、「医師意見書」など ○ 領収書 明細がわかるもの ○ 靴型装具の場合、療養費の支給申請を行う靴型装具の現物写真 (正面、側面、後方から撮影した写真)
弾性着衣等を購入した場合	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療機関等が発行した「弾性着衣等装着指示書」 ○ 領収書 弾性着衣等の名称、種類および単価・購入枚数の記載があるもの
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場合	<ul style="list-style-type: none"> ○ 保険医の「眼鏡等作成指示書」 ○ 保険医の「眼鏡等作成指示書」に検査結果が明記されていない場合 視力等の検査結果コピーまたは眼鏡等の処方箋のコピー ○ 購入した「治療用眼鏡等」の領収書 <ul style="list-style-type: none"> ・宛名は装着者（お子様）の氏名であること ・保険医の作成指示日以降の支払日のもので、但し書きに「治療用眼鏡」または「治療用コンタクトレンズ」と明記されていること ・眼鏡の場合、フレーム、レンズ等それぞれの価格の内訳が明記されていること 例) フレーム〇〇〇円、レンズ〇〇〇円
スティーヴンス・ジョンソン症候群及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場合	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医師の「治療用コンタクトレンズの作成指示書」 「治療用コンタクトレンズの作成指示書」に病名「スティーヴンス・ジョンソン症候群、中毒性表皮壊死症の眼後遺症」が明記されていない場合は、病名が明記された処方箋等のコピー ○ 購入した「治療用コンタクトレンズ」の領収書 <ul style="list-style-type: none"> ・保険医の作成指示日以降の支払日のもので、但し書きに「治療用コンタクトレンズ」と明記されていること
被保険者が亡くなられ、相続人の方が請求する場合	<ul style="list-style-type: none"> ○ 当組合の被扶養者であった配偶者からの申請の場合 戸籍などの書類は添付不要です ○ 上記以外の相続人からの申請の場合 戸籍謄本（全部事項証明書） ○ 相続人の法定相続人順位より先順位、または同順位の法定相続人がおられる場合 被保険者との続柄を確認できる戸籍謄本（全部事項証明書）と「権利継承届兼誓約書」 ○ 相続人が婚姻等で氏名変更されている場合 相続人の戸籍抄本

※上記添付書類の他、追加書類をお願いする事もあります。

※いずれの場合でも、消費税は給付の対象外のため自己負担となります。

※ご提出いただいた添付書類は返却できませんので、当組合からの払い戻し後に自己負担分を役所等へ請求される場合は、あらかじめ役所等へお問合せのうえ、領収書等のコピーをとり保管しておいてください。

【提出先】

在職中（当組合の加入者で任意継続以外）の方は事業主を通じてお支払いいたしますので、必ず事業所へ提出してください。

退職後に在職期間中の分を申請する場合や任意継続の方は、S Gホールディングスグループ健康保険組合に送付してください。