

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 治療用装具  
家 族 立替払等

申請書は、黒のボールペン等（消えるインク不可）を使用し、楷書で丁寧にご記入ください。

ワコール健康保険組合理事長 殿 下記の通り申請します。あわせて給付金の受領を事業主に委任します。					
社員番号				申請日	令和 年 月 日
被保険者証	記号	番号	生年月日	昭和 平成	年 月 日
氏名 (自署)	(フリガナ)				
住所 電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )				
ウンナナクール、ランジェノエルに所属されている方、任意継続の方（退職者）、資格喪失者（申請後に退職予定の方も含む）は、申請者名義の振込口座をご記入ください。					
金融機関	銀行コード	銀行 信用金庫 信託銀行		店番	本店 支店 出張所
預金種別	普通・当座	口座番号 ※右詰めで記入	口座名義 ※カタカナ		

受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族（被扶養者）				
家族の場合はその方の	氏名	(フリガナ)	生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日
傷病名			発病または 負傷年月日	令和	年 月 日
発病の原因 および経過 (詳しく)	<input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> ケガ		(原因および経過)		
診療を受けた 医療機関等の	名称	所在地		診療した医師等の氏名	
診療を受けた 期間	令和	年 月 日	から	令和	年 月 日 まで 日数 日
入院の場合 は、その期間	令和	年 月 日	から	令和	年 月 日 まで 日数 日
療養に要した 費用の額	円				
診療の内容					
療養費の支給 申請の理由	<input type="checkbox"/> 治療用装具を作成したため <input type="checkbox"/> 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため <input type="checkbox"/> 誤って他の保険者（以前加入していた健保組合、国保等）の被保険者証を使用したため <input type="checkbox"/> 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため <input type="checkbox"/> その他（ ） ※第三者の加害行為が原因で治療を受けた場合は、必ず第三者行為届書を添付してください。 問い合わせ先：ワコール健康保険組合 ☎0120-191095				

【注意事項】 ※詳細はワコール健康保険組合ホームページ > こんなときの手続きは？ > 立て替え払いをしたとき からご確認ください。

- 治療用装具の療養費支給申請ができるのは、**治療目的の装具**に限られます。
- 治療用装具（コルセット、ギブス等）に関する申請のときは、当申請書と併せて下記を提出してください。

- ① 装具作製確認書
- ② 装着を必要とする理由並びに装着した事実についての医師証明書（原本）
- ③ コルセット等代金領収書（原本）
- ④ 作製した装具の写真
 

・タグ、ブランド名が明記されている場合：タグ、ブランド名を入れて1枚＋全体像を角度を変えて数カット
・タグ、ブランド名がない場合：全体像を角度を変えて数カット
・靴の場合：ソール(靴裏)1枚＋全体像を1枚 ※弱視用眼鏡の写真添付は不要です。

- 血液代に関する申請のときは「輸血を必要とする理由並びに輸血をした事実についての医師証明書」および「血液代金額領収書」（いずれも原本）をあわせて提出してください。
- 保険証不携帯等による診療に関する申請のときは「かかった医療費の明細（治療内容等のわかるもの）」と、これに要した費用の「領収書」（いずれも原本）を添えて提出してください。  
※「診療報酬明細書（写）」と書かれた封書を交付されたときは、**絶対に開封しないで**提出してください。



受付日付印

健康 保 険 組 合 使 用 欄	取得日	昭和・平成・令和	年	月	日	喪失日	令和	年	月	日
						前回 支給日	平成 令和	年	月	日
	支給額	円								

■ 支給額

療養に要した金額の7割が給付されます。

小学校就学前の乳幼児は8割、70歳～74歳の方は8割（一定以上所得者は7割）給付。

■ 申請内容により支給対象条件が異なります

○小児弱視等の治療用眼鏡等をつくったとき（9歳未満の被扶養者）

・支給額

小児弱視等の治療用眼鏡等について、療養費として支給する額には補装具毎に支給対象上限額があります。

下表の支給対象上限額を基準とし、実際支払った金額の7割（小学校就学前は8割）相当分（円未満切捨て）が支給額となります。

補装具	上限価格	支給対象上限額 (基準価格×106/100) [*1]
弱視眼鏡等	38,200円	40,492円
コンタクトレンズ (1枚あたり)	13,000円	13,780円

[\*1] 消費税相当分。令和元年10月1日より適用

(例1) 30,000円の眼鏡を購入した場合

支給額 30,000円×0.7=21,000円

(例2) 50,000円の眼鏡を購入した場合

支給額 40,492円（支給上限額38,200×1.06）×0.7=28,344円

・治療用眼鏡等の更新（作り直し）

5歳未満	更新前（前回作成時から）の装着期間が1年以上あること
5歳以上	更新前（前回作成時から）の装着期間が2年以上あること

○弾性着衣等を購入したとき

・支給限度数と更新

一度に購入する弾性着衣は洗い替えを考慮し、装着部位毎に2着まで。また、着衣の更新は前回購入時から6ヶ月以上経過している必要があります。

・支給額

下表の額を上限とし、実際支払った金額の7割が給付されます。

小学校就学前の乳幼児は8割、70歳～74歳の方は8割（一定以上所得者は7割）給付。

品名	上限額 (税込み価格)
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 [*2]	上肢 7,000円 下肢 14,000円

[\*2] 医師の判断により、弾性着衣を使用できないとの指示がある場合に限り支給対象となります。

■ 申請受付締日と支給日

毎月末日締切（健康保険組合必着）で、翌月25日（休日の場合は前日）に給与口座へ振込みます。

※事業所がウナナナクール、ランジェノエルの方、退職者等は指定口座に振込みます。