

- 被保険者
被扶養者

療養費 支給申請書

〔 コルセット・サポーター 等 〕

医師の指示により、治療用装具を購入、装着した時に提出してください。

資格情報			
氏名			
記号-番号	—	電話番号	電話番号は日中連絡可能な連絡先
受診者氏名	続柄 ()	受診者 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 () 歳
傷病名		発病または 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和
発病・負傷の 直接の原因 (どこで・どのように)	※詳しく記入をお願いします。 原因が判断できない場合は「不詳」と記入してください。	コルセット等 装着日	令和 年 月 日
		療養に 要した費用 (領収書金額)	円
障がい者手帳は お持ちですか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ 【療養費申請の際に】 障がい者手帳のコピーも添付してください。		
交通事故などの 第三者行為、 又は労災による 傷病ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ 【療養費の申請前に】 トヨタ車体健康保険組合まで一度ご連絡ください。		
被保険者名義の 給付金振込先	給与口座へ振り込みますので、給付金振込先の記入は不要です (但し、任意継続の方は、加入時に申告いただいた口座へ振込みます)		

【添付が必要な書類】 すべて原本でご提出ください。

- 領収書 保険医の装着証明書
 装具作製確認書 装具の写真

※写真の撮り方等については別紙にてご確認ください

《提出先》 トヨタ車体健康保険組合

裏面もご確認ください

2024年12月改定

装具作製確認書

あなた（またはご家族の方）が病院にかかり、医師の指示により作製された治療用装具について、給付金支払い決定に必要なため、受診状況等についてご回答をお願いします。

●下記（１）～（６）を全てご記入ください。

(1) 被保険者証 記号-番号		
—		
(2) 被保険者 氏名		
(3) 受診者 氏名（装具を装着した人）		
(4) 本疾病に対し初めて受診した日(初診日)	(5) 装具を作製することが決まった日	(6) 装具を装着した日（納品日）
令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日

●下記質問について、当てはまる番号をマークしてください。

問 1. 装具を作成するために、サイズを測りましたか？
<input type="checkbox"/> 測った(オーダーメイド) ⇒ どなたが測りましたか？（ <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 装具業者 <input type="checkbox"/> 看護師） ⇒ 問 2 △
<input type="checkbox"/> 測っていない(既製品装具を購入) ⇒ 問 3 △
問 2. サイズを測った方（オーダーメイド）・・・どのような方法で測りましたか？
<input type="checkbox"/> 患部やその周囲にギプスを巻き石膏で型をとったり、足形版を踏み込んだり、「型」をとるような方法 ↓
<input type="checkbox"/> 患部やその周囲の寸法を、メジャーで細かく測るような方法 ⇒ 問 3 △
問 3. 作製した装具は、医師の指示により作製・購入したものですか？
<input type="checkbox"/> はい
<input type="checkbox"/> いいえ ※医師の指示でない場合、治療用であると認められず申請を受理できない場合があります
<input type="checkbox"/> その他（ ）

*** 質問は以上です、ご協力いただきありがとうございました ***