◆治療用装具を購入したとき

必要書類	備考
療養費支給申請書	領収書ごとに作成してください。
意見および装具装着証明書 等　※原本	医療機関等が発行したもの
領収書　※原本	装具製作所等が発行・但し書が記載されているもの
明細書	装具の名称、単価等が明記されているもの ※領収書に明記されている場合は不要
写真（靴型装具に限る）	実際に装着する現物であることが確認できるもの

◆小児治療用眼鏡（9歳未満小児弱視等）を作成したとき

必要書類	備考
療養費支給申請書	近視・乱視等の視力補正は保険適用外です。
眼鏡等作成指示書　※コピー可	「弱視」「斜視」等傷病名が記載されているもの
領収書　※原本	宛名　：お子様のフルネーム 但し書：「小児治療用眼鏡」等記載されていること
検査結果	「眼鏡等作成指示書」に、保険医が検査の結果「弱視」「斜視」等の治療に必要であると診断したことの明記があれば不要です。

<更新について>

5歳未満	更新前の治療用眼鏡等装着期間が	1年以上ある場合
5歳以上		2年以上ある場合
装着期間	医師の作成指示書等に記載されている装着日を基準とします。 明記されていない場合は、領収書の日付を装着開始の基準日とします。	

給付額	上限額：38,902円 購入額が上限額を超えている場合は、上限額の7割または8割が給付されます。

◆弾性着衣等を購入したとき

必要書類	備考
療養費支給申請書	領収書ごとに作成してください。
弾性着衣等装着指示書　※原本	医療機関等が発行したもの
領収書　※原本	弾性着衣等の種類が記載されていない場合は、種類が分かる書類を添付してください。

<種類・更新等について>

	悪性腫瘍の術後・原発性	慢性静脈不全による難治性潰瘍
弾性着衣等の種類	・弾性ストッキング ・弾性スリーブ ・弾性グローブ ・弾性包帯(*)	・弾性ストッキング ・弾性包帯(*)
	（*）弾性着衣を使用できないと医師が認めた場合のみ対象	
支給限度数	一度に購入する弾性着衣等は、装着部位ごとに2着まで	
更新	前回購入から6ヶ月経過後	療養費の支給は1回のみ ※治癒後に再発した場合は、再度支給対象
上限額	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（*）	上肢 7,000円、下肢 14,000円

《提出先》

	保険証の記号	提出先
KMI本籍の方	133	東京サイト八王子　HBA　人事サービス部　社会保険担当宛
KMグループ会社の方	133以外	KMグループ各社（本社）人事・総務部門
退職者（任意継続）	990	コニカミノルタ健康保険組合

《支給日について》

健康保険組合が、申請書を受け付けた月の翌月25日に支給されます。
在職者　　：会社経由にて給与振込です。
退職者（任意継続）　：健康保険組合からお振込みします。

《支給額等の連絡について》

医療費通知Webシステム（KOSMO Web）へ登録済の方には、メールが送信されます。（毎月15日）
未登録の方には、特にご連絡はいきませんのでご注意ください。
※在職者は、金額のみ給与明細で確認ができます。　　項目名：健保給付金

KOSMO Web　https://kosmoweb.jp/
→ログインID・パスワードが分からない場合は、健康保険組合へメールでご連絡ください。
送付先：　kenpo-com@konicaminolta.com
件名　：　「医療費通知Webシステム　仮ID・パスワード再発行依頼」
本文　：　①保険証の記号・番号
②名前（フルネーム）
③生年月日　※会社のメールアドレス以外から送信する場合のみ必要

《支給決定通知書について》

医療費通知Webシステム（KOSMO Web）より、各自で印刷をお願いします。
KOSMO Web　https://kosmoweb.jp/
※健康保険組合が、申請書を受け付けた月の翌月15日から印刷できます。

《自治体等の医療費助成を申請される方》

ご提出いただいた領収書等は、返却することができません。
自治体等の医療費助成の申請のため、領収書・明細書等が必要な場合は、療養費を申請する前にコピーをお取りください。
医療費助成の申請には、「支給決定通知書」が必要な場合があります。
医療費通知Webシステム（KOSMO　Web）から印刷できますので、ご利用ください。
ログインID・パスワードが分からない場合は、健康保険組合宛にメールでご連絡ください。
※連絡方法は**«支給額等の連絡について»**をご参照ください。

《確定申告（医療費控除）をされる方》

ご提出いただいた領収書等は、返却することができません。
確定申告（医療費控除）で領収書が必要な場合は、療養費を申請する前にコピーをお取りください。

記入例：　療養費　支給申請書（治療用装具等）

※ **記入漏れ・記入間違い**のないように、作成をお願いします。
※ 装具を複数作成した場合、**領収書ごと**に作成をお願いします。

❶

確認欄	
☑	この届出については、１．または２．の要件を満たしたものである。 １．　申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ２．　記載内容については申請者本人が誤りがないか確認をしている。

❶【確認欄】
申請書は本人（被保険者）が作成してください。提出する際、✓を忘れずにお願いします。

健康保険　被保険者／家族　**療養費**　支給申請書（治療用装具等）

【注意事項】 ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。
二重線の近くに、被保険者によるフルネームのサインまたは押印が必要です。

❷ 被保険者情報	被保険者証の ❸	記号	***	番号	****
	被保険者	氏名	健保　太郎		
		生年月日	☑ 昭和　□ 平成　□ 令和　** 年 ** 月 ** 日		
	住所 電話番号	〒 192 ― **** 東京都八王子市〇〇町１－２ 電話番号 042 ― *** ― **** ※日中の連絡先			

❷【被保険者情報】
家族（被扶養者）が受診した場合でも、被保険者の氏名などをご記入ください。

❸【記号・番号】
保険証に記載されている「記号」「番号」を正確にご記入ください。

申請内容	① 受診者	☑ 被保険者　□ 家族（被扶養者）			被保険者との続柄
	家族の場合はその方の	氏名			
		生年月日	□ 昭和　□ 平成　□ 令和　年　月　日		
	② 傷病名	右足関節靭帯損傷	③ 発病または負傷年月日	□ 平成 ☑ 令和	** 年 6 月 12 日
	④ 発病の原因および経過	❹ サッカーをしていた時に、相手選手とぶつかり負傷した。			
	⑤ 診療を受けた医療機関等の	名称	〇〇市立病院	医師等の氏名	〇〇　〇〇
		所在地	東京都〇〇市〇〇３－４		
	⑥ 治療用装具等を装着した日	❺ 令和 ** 年 6 月 12 日	⑦ 装具等の装着について指示を受けた日	❻ 令和 ** 年 6 月 12 日	
	⑧ 治療用装具等の金額	**,*** 円			
	⑨ 診療の内容	足首用装具の装着			
	⑩ 療養費の支給申請の理由 ☑ 治療用装具を作成したため □ 小児弱視等の治療用眼鏡等を作成したため □ 弾性着衣等を購入したため □ その他　（　　）				

❹【原因および経過】
「どこで」「何をしている時に」など、できるだけ詳しくご記入ください。

❺【治療用装具等を装着した日】
「装具装着指示書」等に記載されている「装具を装着した日」をご記入ください。
※「小児弱視等にかかる眼鏡等」、「弾性着衣等」の場合は、ご記入の必要はありません。

❻【装着について指示を受けた日】
「作成指示書」「意見書」等に記載されている指示日等をご記入ください。
・小児弱視等にかかる眼鏡等の場合
　「眼鏡等作成指示書」に記載されている作成指示があった日
・弾性着衣の場合
　「弾性着衣等装着指示書」に記載されている装着指示があった日
・治療用装具の場合
　「意見書」等に記載されている装着の必要が認められた日

記入漏れ（空欄）・記入間違いがある場合、ご返却させていただくことがあります。
ご提出前に、記入内容のご確認をお願いいたします。