

## がん患者補正具等購入費用補助支給申請書

被保険者証	記号 番号		所属事業所						
被保険者氏名	フリガナ ⑤	生年月日	昭和 平成	年	月	日			
ご連絡先(email/TEL)	@			TEL					
補正具の使用者が被扶養者の場合はその者の氏名	フリガナ	生年月日	昭和 平成	年	月	日			
治療を受けている医療機関名			治療方法	手術・放射線・薬剤 その他( )					
購入した補正具	種類	<input type="checkbox"/> ①医療用ウィッグ		<input type="checkbox"/> ②補正下着、シリコンパッド等の胸部補正具					
	購入日	平成	年	月	日	平成	年	月	日
	購入店名								
	名称・品番・型番等								
	支払った額	①		円	②		円		
		①と②の合計額:					円		
自治体等からの助成の有無(予定も含む)	<input type="checkbox"/> ありー助成を受けた自治体等の名称 ( ) 助成を受けた金額(予定を含む) ( )円 <input type="checkbox"/> なしー助成を受けられない理由 <input type="checkbox"/> 自治体で助成を行っていない <input type="checkbox"/> 収入制限超え <input type="checkbox"/> 回数制限超え <input type="checkbox"/> その他( )								

### ご申請前に、必ずお読みください。

対象者	以下の全ての要件を満たしている被保険者及び被扶養者が対象です。 1. がんと診断され、その治療を行っていること。 2. がん治療に伴う脱毛、乳房の切除等により、就労、社会参加等に支障があり、又は支障が出るおそれがあり、補正具が必要となっていること。
補助対象	① 医療用ウィッグ(ウィッグの装着時に皮膚を保護するために必要なネットを含み、付属品やケア用品を除く) ② 補正下着、シリコンパッド等の胸部補正具
補助額	補正具の購入費用として自己負担した金額のうち、30,000円を上限として自己負担額を支給します。ただし、自治体等の助成がある場合は、自治体等の助成を優先し、自治体等の助成を受けても、なお、自己負担額がある場合は、当該助成額を控除した額と30,000円とを比較し、少ない方の額を支給します。
補助回数	1人1年度(4月～翌年3月)あたり1回です。補助対象①②は、それぞれ年1回ずつ請求できます。年度の判定は、申請書が健保組合に到着した日が属する年度となります。
申請期限	購入日(領収書の日付)の翌日から1年以内にご申請ください。 ※補正具①②について同時に申請する場合は、先に購入した補正具の購入日の翌日から1年以内になります。
添付書類	1. 領収書(領収書に品名等の記載が無い場合は、補正具を購入したことが分かる書類を添付してください) 2. がん治療を受けていることを証する書類(お薬手帳・診療明細書・治療方針書等) 3. 自治体等の助成を受けた場合は、助成金額が分かる書類(コピー) ※医療機関から健保組合に送られてくる診療明細で、治療状況を確認するのに時間がかかるため、治療を受けていることが分かる書類がありましたら、添付をお願いいたします。 ※治療内容が確認できない場合は、追加の書類のご提出をお願いすることがあります。
支給日等	毎月10日までに健保組合に到着した申請書については、同月25日に給与振込第1口座に振り込みます。 ※書類に不備がある場合や内容に調査を要する場合は、支給日が遅れる場合があります。
申請先 お問合せ先	GE健康保険組合 〒151-0051東京都渋谷区千駄ヶ谷5-23-5代々木イースト      TEL03-5357-7326 ※必ず郵送でご申請ください。

GE健康保険組合 理事長 殿

受付日付印

健康保険組合 記入欄

常務理事	事務長	担当	支給決定金額