

2. 申請内容の不備 (1/1)

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(治療用装具) 1 2 ページ

被保険者氏名

①-1 装具作成対象者 1. 被保険者
2. 家族(被扶養者)

①-2 装具作成対象者の氏名(カタカナ)

①-3 生年月日 1. 昭和 年 月 日
2. 平成 年 月 日
3. 令和 年 月 日

② 傷病名 ③ 発病または負傷年月日 1. 平成 年 月 日
2. 令和 年 月 日

④-1 傷病の原因 1. 仕事以外(業務外)での傷病
2. 仕事(業務上)での傷病
3. 運動中での傷病 } → ④-2へ

④-2 労働災害、通勤災害の認定を受けていますか。 1. はい
2. 請求中
3. 未請求

⑤ 傷病の原因は第三者の行為(交通事故やアソカ等)によるものです。 1. はい
2. いいえ 「1. はいの場合、別途「第三者行為による傷病」をご提出ください。

⑥-1 診察を受けた医療機関等の名称

⑥-2 診察を受けた医療機関等の所在地

⑥-3 診察した医師等の氏名

⑦ 装具等の装着指示日(医師による装着指示日) 令和 年 月 日

⑧ 装具等購入日(領収日) および金額 令和 年 月 日 円(右つめ)

⑨ 装具等装着確認日(証明日) 令和 年 月 日

⑩ 診療の内容 治療用装具の装着

⑪ 療養費申請の理由 5. 治療用装具を作成したため

6 6 1 2 1 2 0 1

全国健康保険協会 協会けんぽ 2/2

①-1 装具作成対象者 1. 被保険者
2. 家族(被扶養者)

①-2 装具作成対象者の氏名(カタカナ)

①-3 生年月日 1. 昭和 年 月 日
2. 平成 年 月 日
3. 令和 年 月 日

姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。

事例1. 装具作成対象者の氏名の漏れ

装具を作成された方が被保険者であったとしても、装具作成対象者欄に改めて氏名、生年月日をご記入いただく必要がございます。

3. 添付書類の不備 (1/1)

給付金の支給決定後は、ご提出いただいた「書類一式(添付書類を含む)」を返却することはできません。

【添付書類(記入の手引きより)】

<p>■ 治療用装具を購入、装着したとき</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 領収書 装具の名称、種類および内訳別の費用額・義肢装具士の氏名(押印でも可)・オーダーメイドまたは既製品の別(既製品の場合は製品名・メーカー名)が記載された領収書 ● 医師が記入・証明した「意見および装具装着証明書」(※3) ● 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
<p>■ 弾性着衣等を購入したとき</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 領収書 弾性着衣等の名称、種類および単価・購入枚数が記載された領収書 ● 医療機関等が発行した「弾性着衣等装着指示書」(※3)
<p>■ 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とき</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 領収書 眼鏡等の名称、種類等の費用額が記載された領収書 ● 医師の「眼鏡等作成指示書」のコピー ● 「眼鏡等作成指示書」に視力等の検査結果が明記されていない場合は、視力等の検査結果のコピー
<p>■ 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とき</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 領収書 コンタクトレンズ等の名称、種類等の費用額が記載された領収書 ● 医師の「治療用コンタクトレンズの作成指示書」のコピー ● 「治療用コンタクトレンズの作成指示書」に傷病名が記載されていない場合は、傷病名が記載された処方箋等のコピー

事例1. 添付書類の漏れ

赤枠内の太字で表示されている書類を添付ください。

事例2. コピーの添付

赤枠内の太字で表示されている書類のうちコピーと書かれていないものは、原本が必要です。

治療用装具用

医師が証明する欄			
意見および装具装着証明書			
患者氏名	生年月日 (西暦・西暦)	性別	年齢
傷病名	入院外来の別 (患者の負担)	口内装	口外装
上記傷病の治療のため、令和 年 月 日 に			
_____ の装着の必要を認め			
令和 年 月 日 に装着した。			
以上証明いたします。			
令和 年 月 日			
医療機関の所在地			
医療機関の名称			
医療機関の電話番号			
医師の氏名			

(悪性腫瘍の術後・原発性)弾性着衣等 装着指示書

住 所	性 別	男・女
氏 名		
生 年 月 日	明・大・昭・平・令	年 月 日
診 断 名		
手術等年月日	昭・平・令	年 月 日
手術の区分	(顔面部 ・ 骨盤部 ・ 膝高部) のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍 (種類)	
装着指示日	令和 年 月 日	
患 肢	右上肢 ・ 左上肢 ・ 右下肢 ・ 左下肢	
弾性着衣等の種類	ストッキング (着) ・ スリーブ (着) ・ グローブ (着) (※5)	
着圧指示	mmHg	
特記事項		

※記載上の注意
 1 各欄に記載又は該当項目に○を付すこと。
 2 「処置年月日」欄において、「J001-10 静脈注射療法(悪性腫瘍に対するもの)」を行った年月日(初回)を記載すること。
 3 「弾性着衣等の種類」欄の着衣のタイプは、弾性包帯、肌衣包帯、パッチング包帯、粘着テープ等を記載すること。
 4 「着圧指示」が30mmHg未満の場合は、装着が必要な理由を「特記事項」欄に記載すること。
 5 弾性着衣等は、当申請において1回に限り療養費の対象となること。
 本患者は、上記疾患のため、患肢を常時圧迫する必要があり、弾性着衣等の装着を指示しました。

令和 年 月 日
 医療機関名
 所在地
 電話番号
 医師名

慢性静脈不全による難治性潰瘍治療のための弾性着衣等 装着指示書

住 所	性 別	男・女
氏 名		
生 年 月 日	明・大・昭・平・令	年 月 日
診 断 名		
処置年月日	令和 年 月 日	
装着指示日	令和 年 月 日	
患 肢	右下肢 ・ 左下肢	
弾性着衣等の種類	ストッキング (着) ・ 包帯 (タイプ (着))	
着圧指示	mmHg	
特記事項		

※記載上の注意
 1 各欄に記載又は該当項目に○を付すこと。
 2 「処置年月日」欄において、「J001-10 静脈注射療法(悪性腫瘍に対するもの)」を行った年月日(初回)を記載すること。
 3 「弾性着衣等の種類」欄の着衣のタイプは、弾性包帯、肌衣包帯、パッチング包帯、粘着テープ等を記載すること。
 4 「着圧指示」が30mmHg未満の場合は、装着が必要な理由を「特記事項」欄に記載すること。
 5 弾性着衣等は、当申請において1回に限り療養費の対象となること。
 本患者は、上記疾患のため、患肢を常時圧迫する必要があり、弾性着衣等の装着を指示しました。

令和 年 月 日
 医療機関名
 所在地
 電話番号
 医師名