

コルセット等の治療用装具を必要として購入したとき

<添付書類>

- 『医療担当者による証明書』の**原本**、『領収書』の**原本**、および『治療用装具の写真』
(医療担当者による証明書がもらえなかった場合は、P.2 または 3 の書式の記入を医療担当者に依頼して下さい)

<注意事項>

- ・業務上災害・通勤災害による傷病の場合は支給されません

<治療用装具とは>

- ・コルセット・ギプス・サポーター・リンパ浮腫治療用弾性ストッキングなど、医師の診断により作成された装具
(購入した装具によっては**健康保険の適用**にならないものもあります)

記入例

被保険者 被扶養者 療養費支給申請書

被保険者証の 記号・番号	11-11111		被保険者氏名	村田 太郎	
被扶養者に関する申請のとき	氏名	村田 花子	生年月日	昭 和 50年1月15日	被保険者との続柄 妻
所属コード	KA0000		氏名コード	KA00000	
事業所名称	金沢村田製作所		日中連絡の取れる電話番号	<input checked="" type="checkbox"/> 内線 2 - 073 - 0000 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 090-0000- 0000 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 076- 273 - 0000	
傷病名	左足首骨折		発病又は負傷の年月日	2018年2月15日	
発病又は負傷の原因(詳しく)	自宅の階段から落ちたため				
診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名称	〇〇病院	所在地及び電話番号	石川県白山市曾谷町〇〇番地	
	氏名	健保 二郎	電話番号	076-273-0000	
診療又は手当の内容	医師が、治療のために装具の必要性を認めた		入院期間	自	年 月 日
			コルセット装着日	至	年 月 日
				2018年 2月 15日	
診療又は手当を受けた期間	自	2018年 2月 15日	診療又は手当に要した費用の額	金	〇〇,〇〇〇 円也
	至	年 月 日 1 日間			
療養の給付を受けることができなかった理由	<input type="checkbox"/> 保険証発行申請手続き中のため <input type="checkbox"/> 緊急やむを得ず受診し、保険証を持っていなかったため <input type="checkbox"/> 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため <input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具を作成したため <input type="checkbox"/> 9歳未満の治療用眼鏡等を作成したため				
領収書原本証明	<input type="checkbox"/> 国や市町村への助成金を請求するため、領収書(原本証明)が必要な場合のみチェックして下さい				
発病・負傷は業務上または通勤途上によるものですか	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ ・ はい		交通事故・ケンカ等第三者行為によるものですか	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ ・ はい	
振込希望の銀行又は郵便局名	※任意継続者・退職者のみ記入 銀行 支店 ()				
委任状 ※任意継続・退職者は記入・押印不要					
私は上記記載の事業所を代理人と定め、上記のとおり申請した療養費及び同付加金の受領を委任します。					
令和 1年 5月 1日					
被保険者住所 〒920-2101 石川県曾谷町〇〇番地					
被保険者氏名 村田 太郎 村田 (印) 押印必須 認印可 シャチハタ・日付印不可 外国国籍を有する方のみサイン可					

【注意】

- 1.治療用装具代の申請をする場合は、『医療担当者による証明書』、『領収書』の原本、『治療用装具の写真』が必要です。健保受付印
- 2.立替払いの申請をする場合は、『診療報酬明細書』および『領収書』の原本が必要です。
※診療月ごとに申請書をご記入下さい。同診療月であっても医療機関ごと、入院・外来に分けて下さい。
- 3.9歳未満の治療用眼鏡等の申請をする場合は、『医師の作成指示書・検査結果』(コピー可)および『領収書』の原本が必要です。
- 4.印鑑は認印可。シャチハタ・日付印は不可です。
- 5.訂正した場合は、必ず同印鑑で訂正印を押して下さい。
- 6.提出された申請書及び添付書類については、返却・写しの送付等は一切致しません。(書類不備の場合を除く)

※医師の証明書等は保険医療機関から無償で交付いただけます（医療機関の書式でも代用可）

装具装着意見書

患者住所

氏名

生年月日

傷病名

上記の者は

により、（入院・外来）加療中のもので、装具療法として

装具名

の装着の必要を認めます。

令和 年 月 日

医療機関 所在地

名称

医師氏名

⑩

装具装着証明書

上記診断による装具を装着したことを証明する。

令和 年 月 日

医療機関 所在地

名称

医師氏名

⑩

※医師の証明書等は保険医療機関から無償で交付いただけます（医療機関の書式でも代用可）

弾性着衣等 装着指示書

患者	住 所			
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月 日
採寸日	年 月 日	採寸日における 入外区分	入院・外来	
診断名				
手術年月日	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 ・ スリーブ ・ グローブ ・ 包帯			
着圧指示	mmHg			
特記事項				

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

所 在 地

医療機関名

医 師 名

⑩

電 話 番 号

※記入上の注意

- 1 各欄の記載又は該当項目に○を付すこと。
- 2 「手術年月日」欄について、他院で手術を行った等の理由により詳細な日付が判らない場合は、「何年何月頃」との記載でも良い。
- 3 「患肢」及び「弾性着衣等の種類」が複数ある場合は、その内訳を「特記事項」欄に記載すること。
- 4 「弾性着衣等の種類」が包帯の場合は、包帯の装着を指示する理由を「特記事項」欄に記載すること。
- 5 「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。