

健康保険組合からのお願い

治療用装具を製作・購入するときはご注意ください

治療用装具であるのか、審査をします

医師が治療上必要があると認め、医師の指示により治療用装具を製作・購入した際には、療養費として払い戻しを受けることができます。ただし支給対象は、申請された装具が**健康保険の適用となる「治療用装具」**であるのか健康保険法第87条や各種通達等を基に審査し、当組合が認めた場合に限ります。医療機関や装具業者から「健康保険の支給対象」等と説明があっても、当組合の支給基準を満たしていないければ支給対象になりませんので、ご注意ください。

健康保険の適用となる「治療用装具」

- 治療上必要不可欠な装具で、医師の指示のもと製作・購入した装具
- 原因疾患の患部に直接作用し、原因疾患を解消させる目的とした装具
- 装具製作後、装着について保険医の確認、その後継続的に効果検証がされている装具
- 症状固定前に装着する装具

健康保険の適用とならない装具

- 日常生活の向上や改善が目的で、常に着用し半永続的に使用する装具
- 原因疾患の解消目的でなく、症状としての痛みの緩和（除痛）を目的とした装具
- 手術や処置によって解消状態にある原因疾患の再発予防を目的とした装具
- スポーツの際に装着し、患部の保護、けがの予防を目的とした装具
- リハビリ目的や症状固定後に装着した装具
- 美容目的の装具

【関係通知】○治療用装具の療養費支給基準について（令元9.1.18 保発 0918 7、昭 62.2.25 保険発 6）

○治療用装具の療養費支給申請に係る手続き等について（令 4.10.21 保医発 1021 1）

○治療用装具に係る療養費の支給の留意事項等について（令 5.3.17 保医発 0317 1） 等

適正な療養費支給のための審査・照会にご協力ください

当組合では、製作・購入された装具が保険給付の対象となるのか、価格が適正であるのか等を詳しく審査した上で支給決定をおこなっています。その過程で医師や義肢装具士等へ照会・治療内容の確認等をするため、**審査状況によっては申請書提出から療養費支給までに数ヶ月程度かかる場合**があります。

みなさまの保険料を適正に活用するため、審査および照会へのご理解とご協力を願いします。

障害等により症状が固定しており、日常生活の利便性のために必要な装具は、治療用装具ではなく「補装具」となり、健康保険制度ではなく、市区町村の福祉制度の対象となります。製作する前にお住まいの市区町村へお問い合わせください。



健保組合	常務理事	事務長	課長	主事	担当
------	------	-----	----	----	----

被保険者 療養費支給申請書
被扶養者

※字句を訂正する場合は、誤った字句を二重線で抹消し、正しい字句と被保険者氏名(サイン)を記入してください。(訂正印でも可)

※消すことのできない黒色のボールペン等を使用し、楷書で丁寧に枠内に記入してください。

※(必ず自署)と記載されている項目については、必ず被保険者ご自身で記入をしてください。

※枝番の記入は不要です。

被保険者等記号-番号	記号	番号	被保険者氏名(必ず自署)	申請日	令和 年 月 日
被保険者住所	〒 (電話番号) - - -			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 年齢
照会等の同意	健康保険組合が医療機関等に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うこと、また当該医療機関等が内容照会の回答をすることに同意します。 また、この申請書の写しも有効であることに同意します。			被保険者氏名(必ず自署)	
被扶養者が受診の場合 →	受診者氏名	続柄	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 年齢
傷病名				発病または負傷年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
傷病の原因	<input type="checkbox"/> 私傷病 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 業務上(交通事故等) <input type="checkbox"/> 通勤途上	(原因を詳しく記入してください)			
受診した医療機関など	名称	所在地	医師名	診療・装具等の費用	円
申請理由	<input type="checkbox"/> 治療用装具(コレセット、インソール、弾性着衣、義眼等)を購入、装着	<input type="checkbox"/> 治療用眼鏡の装着	<input type="checkbox"/> マイナ保険証等の不携帯 <input type="checkbox"/> 以前加入していた健康保険を使用	<input type="checkbox"/> その他	
必要書類(すべて原本)	・領収書とその明細が分かるもの ・医師の証明書(弾性着衣の時は弾性着衣等装着指示書) ・治療用装具作製確認書 ・治療用装具写真添付台紙	・領収書 ・弱視等治療用眼鏡等作成指示書等の医師の意見書	・領収書 ・診療内容の明細書	・領収書 ・その他	
作成指示日・装着日	治療用装具・治療用眼鏡の 作成指示日: 令和 年 月 日 装着日: 令和 年 月 日	診療期間など	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	日間	
委任欄	在籍者のみ記入(「任意継続被保険者」「退職者」は記入不要) この給付金の受領に関する権限を事業主に委任します。 ただし、転籍等により事業主に変更があるときは、 給付金支給決定時に在籍する事業主に委任します。				
支払方法	(事業主が記入) 事業主 住所 被保険者氏名(必ず自署) 名称 名義(カタカナで記入)				
事業主経由で支払いができない場合に備え、下欄の振込口座も必ず記入してください。(ゆうちょ銀行を除く被保険者名義の口座のみ)					
振込口座(ゆうちょ銀行除く)	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> その他()				
	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号 (右詰めで記入)		
			名義(カタカナで記入)		

組合決定欄	支給期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		支給決定金額 円	支給決定日	
					支給日	
	備考				令和 年 月 日	