

各 位

昭和電線健康保険組合

## 治療用装具の療養費支給申請に関する書類等について

日頃より弊健保組合事業運営について格別なご理解とご支援を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて標記の件、平成 30 年 2 月 9 日付、厚生労働省保険局 保医発 0209 第 1 号の通達に従い、弊組合でも下記要領にて当該申請の手続きを取り扱うことと致します。

被保険者の皆様にはお手数をお掛け致しますが、健康保険法のもと、より適正な給付金審査を行うため、何卒ご理解とご協力の程宜しくお願い致します。

### 記

#### 1. 取り扱い開始日：平成 30 年 4 月 2 日（月）健保受付分より

※添付する証明書等に係る変更（追加）の理由

- ・ 現行の申請書類のみでは、装具作製の目的について詳細を確認できないため。
- ・ 整形外科や装具業者等の健康保険についての誤った理解から、療養費の支給対象外である既製品や既製品を転用・加工したものについても保険対象の装具として患者へ提供し、療養費の申請を案内している事例が報告されており、現物の確認を行う必要があるため。

#### 2. 対象となる治療用装具：

小児弱視等治療用眼鏡およびコンタクトレンズ、弾性着衣（四肢のリンパ浮腫治療の為の弾性ストッキング等）以外の治療用装具

#### 3. 治療用装具の療養費申請に必要な書類等

【申請者が記入または作成する書類等】

- ① 療養費支給申請書・・・・・・・・・・ 1 枚
- ② 装具作製確認書・・・・・・・・・・ 1 枚
- ③ 装具の現物写真・・・・・・・・・・ 各方向 1 点ずつ

【申請書に添付する証明書等】

- ④ 医師の意見書または装具作製指示書・・・・ 1 枚
- ⑤ 装具代領収書（原本／コピー不可）・・・・ 1 枚
- ⑥ 医師の装具装着証明書・・・・・・・・・・ 1 枚

4. 添付する証明書については、次の事項が記載されていること
  - (1) 装具装着者の氏名、生年月日および傷病名
  - (2) 保険医療機関の名称及び所在地並びに診察した保険医の氏名
  - (3) 保険医が疾病又は負傷の治療上、治療用装具が必要であると認めた年月日
  - (4) 保険医が義肢装具士に製作等を指示した治療用装具の名称
  - (5) 保険医が治療用装具の装着（適合）を確認した年月日
  
5. 添付する領収書については、次の内容が記載（又は添付）されていること
  - (1) 料金明細（内訳別に名称、採型区分・種類等、価格を記載）
  - (2) オーダーメイド又は既製品の別（既製品の場合、製品名を含む）
  - (3) 治療用装具を取り扱った義装具士の氏名
  
6. 取り扱い厳格化の理由  
保険医の診察や義肢装具士への指示を経ずに患者への採型・採寸、装着又は販売等がされた治療用装具について、保険者（健保組合等）が療養費を支給することは適当ではないため、取り扱い要領を明確化することにより、不適切な支出を防ぐ目的で実施します。
  
7. 治療用装具作製確認書の更新  
2018年4月以降の申請には「治療用装具作製確認書（2018年4月～）」をご使用下さい。  
※ 装具製作後、医師による装具の装着適合（着用具合）について質問を追加しました。

その他、当件に関し不明な点やご質問などございましたら、昭和電線健康保険組合（電話044-366-7338）までご連絡をお願い致します。

以 上