

療養費支給(治療用装具)の申請手続きについて

(特退・任継用)

【治療用装具とは】

治療を目的として、医師の指示のもと一時的に使われる装具です。使用される方の症状や体にあわせて作製されます。

1. 支給条件

療養費は保険証を使用して受けられる診療を補うために、治療用装具の装着が必要と医師が判断し、健保組合がやむを得ないと認めた場合に支給されます。よって、医師に装具の作製を薦められた場合でも、健康保険組合の判断により、療養費の給付対象とならないことがあります。

また、日常生活の利便性のためや、スポーツなどの一時的な使用目的のため、といったものについては療養費の支給対象とされません。

療養費の対象となるもの(原則、下記をすべて満たしているもの)	支給対象とならないもの
<ul style="list-style-type: none">・治療上、必要不可欠な範囲のもの・厚生労働省の定めた方法により、原則オーダーメイドで作製されたもの・保険診療の範囲内では対処できないもの・症状固定前のもの(治療用装具)	<ul style="list-style-type: none">・日常生活の向上・改善、利便性を目的とするもの・スポーツ目的のもの・美容を目的としたもの・保険診療の範囲内の医療処置で対処可能なもの・原因疾患の解消(治療)目的ではなく、単に症状緩和(除痛等)を目的とするもの・症状固定後に使用するもの(補装具)・耐用年数内

2. 申請書類

「療養費支給申請書(治療用装具)」に以下の書類を添えて申請してください。

	必要書類	注意事項
1	領収書(原本)	※装具価格の内訳が記載されたもの ※内訳が記載されていない場合には、明細書(装具価格の内訳書)も添付
2	医師の意見書等(原本)	
3	同意書	健保所定フォーマット
4	装具作製確認書	健保所定フォーマット
5	治療用装具の写真または画像(カラー)	①装具の全体・正面、②側面(左右いずれか一方)から撮影し、健保所定フォーマットに、①・②の写真または画像を貼付

3. 支給額
- ・ 8割相当額 : 70歳以上で自己負担額が2割の方または、義務教育の未就学児童
 - ・ 7割相当額 : 70歳未満の方(義務教育未就学児童を除く)または、70歳以上で自己負担額が3割の方

※健康保険が適用になる医療費のみを対象とし、受診内容や装具の種類によっては支給の上限などがある場合もあります。

4. 支給時期 **当健保組合に届いた日の翌月～数月後の月末日**(休祝日の場合は前日)となります。

※支給金額等は「医療費のお知らせ」上にてご通知します。

【ご理解・ご協力をお願い】

申請いただいた内容をもとに審査・支給可否を判断いたしますが、必要に応じて、レセプト(医療機関より健保組合へ、診療月の3ヶ月以降に到着する診療明細書)との照合、ならびに医療機関・装具作成所等へ照会を行うため、申請から支給に至るまで数ヶ月を要する場合がございます。

これは作製状況を正確に把握した上で判断を行うため、ならびに皆様から納めていただく大切な保険料から適切な給付を行うことが目的でありますので、ご理解とご協力をいただきますよう、お願いいたします。

5. 書類提出先 〒211-0063 神奈川県川崎市中原区小杉町3-264-3
富士通健康保険組合 特例退職 または 任意継続担当 宛

6. 時効(申請期限) 療養に要した費用を支払った日の翌日から2年

7. 連絡事項
- ・ 暦月ごとに申請してください。
 - ・ 健康保険法施行規則改正に伴い健保組合に届出いただく本書類への押印は不要といたします。

以 上

療養費支給申請書 (治療用装具)
(被保険者・家族)

常務理事		事務局長		課長		担当者	
------	--	------	--	----	--	-----	--

申請者の記入欄	被保険者証	記号	番号	被保険者氏名				
	申請が被扶養者であるとき	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	年齢	歳 ※装具作成日 時点を記入	続柄
	傷病名							
	発病・負傷原因		(詳細を記入のこと)					
	発病・負傷は業務上または通勤途上によるものですか				はい ・ いいえ			
	交通事故・ケンカ等第三者行為によるものですか				はい ・ いいえ			
	傷病が第三者行為であるとき		(事実および第三者の住所・氏名)					
	発病・負傷年月日		平成 令和	年 月 日	本疾病に対し始めて 受診した日(初診日)		平成 令和	年 月 日
	装具を作製することが決まった日		令和	年 月 日	装具を装着した日 (納品日)		令和	年 月 日
	以前にも同様の傷病・同部位の装具を作製されましたか		以前にも作製したことがある ・ 初めて作製した					
			以前作製したことがある場合は、今回新たに作製した理由を以下にご記入ください。 []					
	今回装具を作製した部位で、身体障害者手帳をお持ちですか (障害者総合支援法による補装具費支給の対象になるかを判断するため、身体障害者手帳の有無を確認させて頂いております)		持っている ・ 持っていない					
			持っている方は、自治体へ補装具費支給申請をしなかった理由をご記入ください。 □ 自治体から申請対象外と言われたから □ 主治医から治療用装具のため健保組合への請求と言われたから □ その他 ()					
	装具購入費用		円					
上記のとおり申請いたします。 年 月 日 被保険者 住所 〒 日中の連絡先氏名								

健保記入欄	購入年月	令和 年 月	本人家族区分	本人・家族・未就学・高7・高8			
	種別	治療用装具・補装具		照会の要/不要	不要・医療機関・装具作成所・申請者		
	業務上外の別	業務外・業務上		第三者行為	該当・非該当	支払い	支給・不支給
	備考					支給額合計	円

領収書のり付け欄

この用紙に領収書を貼ってご提出ください。

■領収書に内訳記載が無い場合は、装具内訳書もご提出ください。

《ご注意》

- ・領収書は原則返却できません。
- ・但し、自治体の助成を受ける等のやむをえない理由で、領収書原本の返却が必要な場合は、「返却希望」と記入したメモを付箋等で付けてください。支払日以降にご返却させていただきます。
(医師による装着同意証明書、診療報酬明細書・調剤報酬明細書は返却できません。)

富士通太郎 様	返却希望 川崎市の助成を受けるため
領 収 書	
100,000 円	
	○×病院

《自治体の助成を受ける方へ》

- ・助成の申請には、通常「領収書の原本」と支給月の「医療費のお知らせ」が必要になります。
- ・助成を受けている方は、原則健康保険組合に申請が必要です。
「自治体医療費助成制度 受給資格取得届」をご提出ください。
※但し、東京都など一部の自治体は不要です。詳しくは健康保険組合ホームページをご確認ください。
(ホーム⇒健康保険について⇒ 医療費について⇒ 自治体より医療費助成を受けているとき)