

『治療用装具』申請時の注意事項

★療養費の対象となる治療用装具

- * 医師の指示にもとづいて作製されたものであること
- * 治療のために必要不可欠なものであること
- * 患者の体に合わせて作られたオーダーメイド品であること
- * オーダーメイドで作製した場合のものと同等又はそれに準ずる機能が得られると認められる既製品であること

★治療装具とは認められないもの（対象外）

- * 症状が固定した後に装着したもの
- * 市町村の福祉制度から給付が受けられるもの
障がい手帳を提示して作製する装具は『補装具』となり、福祉医療制度の対象となります。
- * 足底装具について、屋内用・屋外用で2足を作製する場合、1足のみ支給対象
- * 運動するため、(部活動・スポーツクラブ等)に作製した装具

★締切日と支給日について

- * 支給日は、毎月22日（支給日が土・日・祝日の場合はその前日）。
- * 毎月8日までに健康保険組合に到着した申請書が当月の支払対象となります。
但し、長期連休の場合は、この限りではありません。尚、書類不備や調査等により遅れる場合があります。

★添付書類(全て原本)・更新時の注意事項

治療用装具関係	添付書類	支給条件（更新等）	
装具(コルセット等) 義手、義足、義眼等 『義眼』の写真添付は不要	① 下記の内容が記載されている 領収書(原本) ・装着者の氏名、装具の名称 ・料金明細 ※内訳別に名称、採型区分・種類等、価格を記載 ・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 ・治療用装具を取り扱った 義肢装具士の名前 ② 装着が傷病の療養のため必要と認められた 医師による 装具装着証明書(原本) ③ 装具作製確認書 ① ④ 治療用装具の写真3～4枚 (写真かデータ提出)	前回購入した時の 年齢	更新前に使用 していた期間
		0歳	4ヶ月以上
		1～2歳	6ヶ月以上
		3～5歳	10ヶ月以上
		6～14歳	1年以上
		15歳以上	1年6ヶ月以上
		下記については15歳以上使用年数に関わらず 1年 1.手・手指義手の装飾用、足袋型・足指義足 2.完成用品のうち「手」「手袋」及び「足部」 3.完成用部品を構成する小部品・消耗品 * 起算日：前回購入した領収日	
小児治療用眼鏡 『治療用眼鏡』の写真添付は不要	① 下記の要件を満たす 領収書 A.費用の内訳がわかるもの フレーム、レンズ、オプション、加工代等内訳記載 上記記載のないシート等は不可 B.装着者の氏名が入った領収書 C.治療用眼鏡と明記のあるもの ② 下記病名記載のある、医師による治療用 眼鏡の 作成指示書(原本) 又は 処方箋(写) 弱視、斜視、先天性白内障術後の屈曲矯正	今回購入する時の 年齢	更新前に使用 していた期間
		0～4歳	前回より1年以上
		5～8歳	前回より2年以上
		* 起算日：前回購入した領収日	
		申請額の上限	
		治療用眼鏡	38,461円
		治療用コンタクトレンズ	16,139円
弾性着衣 (リンパ浮腫治療のため) 『弾性着衣』の写真添付は不要	① 領収書 (装着者の氏名、弾性着衣の名称、種類 及びその内訳別の価格が記載されているもの) 領収書に内訳の記載がないものは不可 内訳の記載がない場合、見積書・請求書も添付 ② 病名記載がある医師による装着指示書 一度に購入できる弾性着衣は2着まで 前回作製時より、6ヶ月は経過していること	申請額の上限	
		弾性ストッキング両足	29,344円
		弾性ストッキング片足	26,200円
		弾性リブ	16,768円
		弾性グローブ	15,720円
		弾性包帯上肢	7,336円
		弾性包帯下肢	14,672円