

意見書

(健康保険による補助申請用)

患者 住所
氏名

年 月 日生(歳)

病名 ()

上記の疾病に依り、眼球摘出後眼窩保護のため、義眼の装用を必要と認める。

年 月 日

医療機関の所在地及び名称

医 師

印

装着証明書

殿

上記診断による装具を装着したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地及び名称

医 師

印

意見書と装着証明書

健康保険にご加入の方で「眼球内容除去術又は眼球全摘出術」を受けられた方は、義眼完成後に手続きをすることで、代金一部の還付金が支給されます。療養費払いになりますので、義眼代金は一旦全額を義眼製作時業者に支払い、後日本人がご加入の健康保険に申請しますと、義眼費用の一部返還が受けられます。

根拠 義眼と治療材料の支給について。（昭和25年2月8日保発第9号）

義眼については従来支給は行われていなかったが、眼球摘出後眼窩保護のため装用を必要とする場合は、支給の範囲とすべきものと認められるに至ったので、爾今治療材料の範囲とし、コルセットに準じて支給して差し支えない。

手続き手順

1. 医師が診察し、疾病又は負傷の治療上、義眼が必要と認める。（意見書記入）
2. 医師の処方により義眼が製作（又は購入）される。
* 医師の指示の前に採型・採寸又は購入した場合は療養費の対象とならない。
3. 医師が義眼の装着（適合）を確認する。（装着証明書記入）
4. 患者から事業者への義眼代金の支払い。（領収証の発行）
5. 「領収証」・「意見書・装着証明書」・「健康保険証」・「印鑑」・「振込銀行等の口座番号控え」を揃え、ご加入の健康保険窓口（国民健康保険課・協会けんぽ・組合保険事務所等）に出向き、窓口にて備え付けてある「健康保険療養費支給申請書」（治療用装具）に必要な事項を記入し、申請します。

〒113-0033
東京都文京区本郷4-2-1
芙蓉堂第2ビル 6F
株式会社アツザワプロテーゼ
本社 東京 0120-606-039

アツザワプロテーゼ北海道	011-271-3591
アツザワプロテーゼ仙台	0120-606-039
アツザワプロテーゼ横浜	045-243-0322
アツザワプロテーゼ静岡	054-273-3632
アツザワプロテーゼ名古屋	052-201-8692
アツザワプロテーゼ大阪	0120-140-296
アツザワプロテーゼ岡山	0120-140-296
アツザワプロテーゼ広島	0120-140-296
有限会社 アツザワプロテーゼ九州	092-475-5622