

# 療養費支給申請方法変更のお知らせ

令和5年4月の改正法の施行により

保険での療養費支給申請について以下の通り変更となりましたのでお知らせいたします

## 1. 支給申請書類の書式

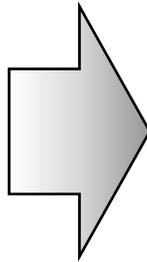
変更前書式例

<b>意見書</b> <small>(健康保険による補助申請用)</small>
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

---

<b>装着証明書</b>
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

\*意見書・装着証明書共医師が記入 株式会社アツザワ・プロテーズ



変更後書式例

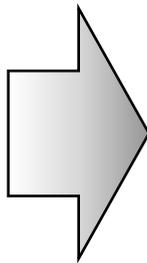
治療用装具製作指示装着証明書	
住所(患者様の住所)	_____
氏名(患者様の氏名)	_____
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
<b>疾病名及び症状等</b>	_____
疾病名	_____
症状等	_____
<small>(治療を行うための必要(症状や検査目的)、治療が必要となる状況や理由等)</small>	
<b>上記の疾病により(オーダーメイド・既製品装具/新規・修理)</b>	
<small>(オーダーメイドの場合は名称及び基本構造等、既製品の場合はメーカー名・製品名、修理の場合は交換箇所、等)</small>	
<b>の装着を</b>	
令和 年 月 日	診療のうえ、治療進行上の必要を認め
_____	_____
_____	_____へ(製作・購入・修理)を指示し、
令和 年 月 日	に患者へ装着確認をしました。
<b>以上、証明いたします。</b>	
<b>備考</b>	
<small>※1 診断や処方箋がなかった場合は、捺印事項を記載。 ※2 処方箋がなかった場合は、診断書と医師の署名の上の捺印欄に、適合調整した義眼器具上の氏名を記載。 ※3 処方箋や診断書も捺印した場合は、義眼器具上の捺印ではない場合も状況、患者への指示内容を記載。</small>	
令和 年 月 日	
医療機関所在地 医療機関名 医療機関電話番号 医師氏名	

※上図はあくまでも例であり、発行元によって書式が異なる可能性があります。

## 2. 支給申請書類の取得方法

変更前

利用者に <b>義眼業者が配布</b>
------------------------



変更後

ご利用者 <b>本人</b> が <b>ダウンロード・印刷</b> (別紙参照) または <b>健康保険窓口にて発行</b>
---

詳しくは弊社またはご加入の健康保険窓口までお問合せください

株式会社アツザワプロテーズ

東京都文京区本郷4-2-1 芙蓉堂第2ビル 6階

TEL 03-3811-8577

# 療養費の支給申請

健康保険にご加入で義眼の装用目的が「眼球摘出後の眼窩保護」にあたる方は、手続きをすることで義眼代金の一部還付金支給を受けて頂く事が出来ます。

「眼球摘出後の眼窩保護」にあたるかの判断は、医師の判断になります。

還付金は療養費払いになりますので、義眼代金の全額を一旦義眼製作時業者にお支払い頂いた後に、本人様にご加入の健康保険に申請をする必要がございます。

## 申請の概略

1. 保険の申請に使用する「治療用装具製作指示装着証明書」の書式を入手する。(書式の入手方法は別途資料による)
2. 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。  
(「治療用装具製作指示装着証明書」の装着指示の段階までを、医師に確認してもらう)
3. 義眼製作者にて義眼の製作(又は購入)をする。  
(医師の指示の前に購入をした場合は療養費の対象とならない)
4. 医師が義眼の装着(適合)を確認する。  
(「治療用装具製作指示装着証明書」を、医師に記入してもらう)
5. 「領収証」・「治療用装具製作指示装着証明書」・「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、窓口へ備え付けてある「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をします。

治療用装具製作指示装着証明書

住 所(製作者の住所)  
氏 名(製作者の氏名)  
生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日

**疾病名及び症状等**  
疾病名 症状等  
(治療上上の必要(医師が認めた)は、治療上必要なものを記載)

**上記の疾病により(オーダーメイド・既製品器具/新規・修理)**  
(「オーダーメイド」の場合は製作者の住所を、既製品の器具の場合はメーカー名・製品名、修理の場合は修理場所、等)

**の経過を**  
令和 年 月 日 診察のうえ、治療上上の必要を認め  
(医師が認めた)は、 (製作・購入・修理)を指示し、  
令和 年 月 日 に患者へ装着確認をしました。

**以上、証明いたします。**

備 考  
※1 特製の製作費が算入された場合は、指定事項を記載。  
※2 製作を依頼した製作者と、適合調整した製作者が異なる場合は、適合調整した製作者の氏名を記載。  
※3 患者等へ説明記入を依頼した場合は、製作者と患者との関係(委託・買付) 患者への指示内容を記載。

令和 年 月 日  
医療機関所在地  
医療機関名  
医療機関電話番号  
医 師 氏 名

「治療用装具製作指示装着証明書」  
書式 イメージ

※義眼の療養費支給は以下の「保発第九号」が根拠となります

- 義眼と治療材料の支給について (昭和二五年二月八日 保発第九号)  
(各都道府県知事あて厚生省保険局長)

標記の件については、昭和二年六月二日付保理第二四六四号により健康保険法第四三条第二号の治療材料の範囲外とし従来その給付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、給付の範囲とすべきものと認められるに至ったので、右通牒を廃止し、爾今治療材料の範囲としコルセットに準じ支給を行うことになったから、その取扱に遺漏のないようせられたい。

〒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ジェ

本社 東京 0120-606-039

有限会社

アツザワプロテージェ北海道  
アツザワプロテージェ仙台  
アツザワプロテージェ横浜  
アツザワプロテージェ静岡  
アツザワプロテージェ名古屋  
アツザワプロテージェ大阪  
アツザワプロテージェ岡山  
アツザワプロテージェ広島  
アツザワプロテージェ九州

011-271-3591  
0120-606-039  
045-243-0322  
054-273-3632  
052-201-8692  
0120-140-296  
0120-140-296  
0120-140-296  
0120-140-296  
092-475-5621

# 治療用装具製作指示装着証明書の入手方法

株式会社アツザワプロテaze

TEL : 03-3811-8577

保健の申請にご利用頂く意見書の書式が変更となりました

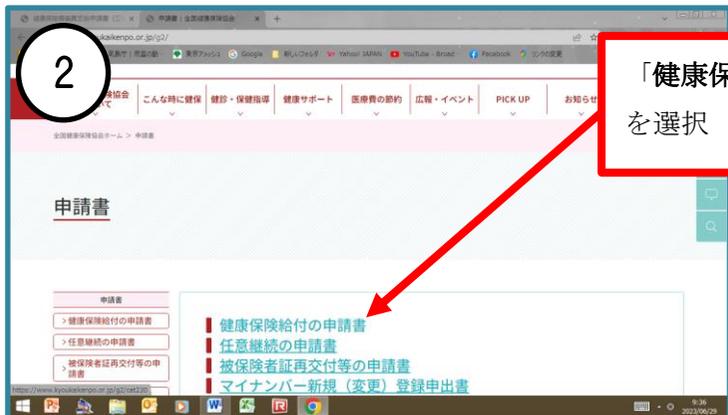
「全国健康保険協会」のウェブページ (<https://www.kyoukaikenpo.or.jp/>) より下記の手順でダウンロードが出来ます

※ウェブページは「Google」や「Yahoo!」等で「全国健康保険協会」と検索をして下さい

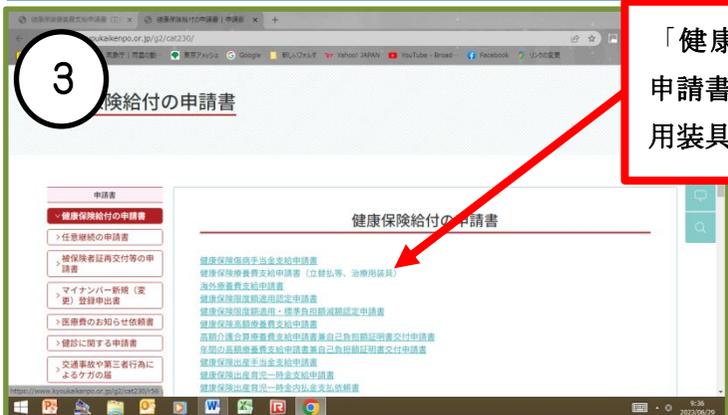
「ご自宅にパソコンが無い」「よくわからない」等の場合は、申請をされる「市町村の保険窓口」又は「加入の組合健康保険」にお問い合わせください



「申請書ダウンロード」を選択



「健康保険給付の申請書」を選択



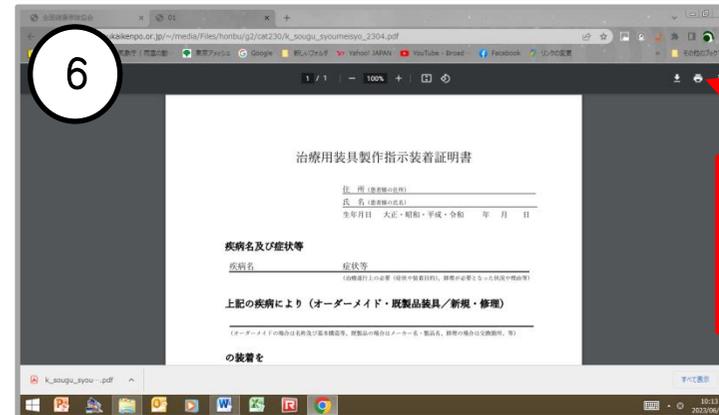
「健康保険療養費支給申請書 (立替払等、治療用装具)」を選択



画面を下にスクロール



「治療用装具を購入、装着した場合」の「治療用装具製作指示装着証明書」を選択



「」プリンターのアイコンを選択して印刷をする