

2018年4月27日

被保険者各位

富士通健康保険組合

[印 略]

治療用装具に関わる療養費支給申請の運用見直しについて（ご通知）

当健康保険組合の運営にあたりましては、種々ご配慮を賜り厚く御礼申し上げます。

昨今、治療用装具の申請において医療機関や装具作製会社による不正が発覚しており、先般厚生労働省から一部の装具の申請に写真添付を必須とする通知が出されたことも踏まえ、当健康保険組合では、審査強化のため提出書類および運用の見直しを実施することといたしました。

つきましては、下記のとおりご通知いたしますので、ご理解ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

記

1. 提出書類について

治療用装具専用の療養費支給申請書を用意し、添付書類を3点（④～⑥）追加いたします。

【従来】

- ①療養費支給申請書
- ②領収書（原本）
- ③医師の意見書等（原本）



【変更後】

- ①療養費支給申請書（治療用装具）
- ②領収書（原本）
- ③医師の意見書等（原本）
- ④同意書
- ⑤装具作製確認書
- ⑥装具の写真または画像（カラー）

2. 今後の申請およびお支払いについて

- ・治療用装具の申請には専用フォーマットにて申請いただき、治療用装具画像貼付台紙に写真または画像（正面・側面）を貼付し、品番等を記入ください
ただし、治療用メガネや弾性ストッキングは、装具の性質上⑤装具作成確認書、⑥装具の写真または画像は不要といたします
- ・写真や装具作製確認書を基に審査を行い、状況によって医師や装具作製会社に照会を行いますので、**お支払いまでに数か月要する場合があります**

3. 変更開始日

2018年5月1日購入分より

4. 添付書類

- ・療養費支給申請書（治療用装具）
- ・同意書
- ・装具作製確認書
- ・治療用装具画像貼付台紙

以 上
適用給付グループ
外線 044-738-3010

療養費支給(治療用装具)の申請手続きについて

まずは、当健康保険組合HP内『立替払いをしたとき(療養費について)』

https://kenpo.jp.fujitsu.com/health_insurance/grant/payback/にて支給条件や添付書類等をご確認のうえ、申請してください。

【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
- | | |
|----------|--|
| 被保険者(本人) | 7割(特例退職被保険者のうち、70歳以上の方については9割)相当額 |
| 被扶養者(家族) | 7割(義務教育未就学児童は8割、高齢受給者は9割)相当額
※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があります。 |

4. 支給時期

当健保組合に届いた日の翌月～数ヶ月後の月末日(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。

※お勤めの事業所によっては支給日が異なる場合があります。

【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
- (1)富士通、富士通研究所、および富士通セミコンダクターの方
川崎工場 本-0733 人事・総務サービスセンター 社会保険担当 宛
 - (2) (1)以外の関係会社の方
各事業所人事勤務担当部門 社会保険担当宛

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

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				事務長				課長				担当者				
被保険者		保険証 記号 - 番号 -				氏名												
		事業所名		所属				電話										
申請が被扶養者であるとき	氏名			生年月日	昭和 平成	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		(事実及び第三者の住所・氏名)																
発病・負傷年月日		平成	年	月	日	本疾病に対し始めて受診した日（初診日）			平成	年	月	日						
装具を作製することが決まった日		平成	年	月	日	装具を装着した日（納品日）			平成	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						以前にも製作したことがある ・ 初めて作製した												
(以前作製したことがある場合) 今回に新たに作製した理由																		
今回申請の傷病で、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、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												
(障害者手帳をお持ちの場合) 補装具費支給申請を行わなかった理由																		
診療に要した費用		円																
上記のとおり申請いたします。 ただし、給付金の受領は下記事業主に委任します。																		
		年	月	日	被保険者		住所		氏名								印	
退職者のみ記入	振込先口座	銀行名		支店名				預金種別		普通・当座								
		口座番号																
		口座名義人名(カナ)																

健保記入欄	購入年月	年 月		本人家族区分	本人・家族・未就学・高7・高9												
	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	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											

備考欄
事業所確認印

(領収書貼付用)

領収書のり付け欄

同 意 書

今般提出した『療養費支給申請書』に関して、医療機関および装具製作会社
に対し、富士通健康保険組合から以下の内容について照会を行うこと、また照
会先が回答・提出を行うことに同意致します。

なお、本紙の写しも有効と認めます。

- ・ 今回の傷病に関する症状および診療内容（医療機関宛）
- ・ 今回作成した装具装着に伴う治療効果（医療機関宛）
- ・ 装具装着後の療養上の指示内容（医療機関宛）
- ・ 装具の製作過程（装具製作会社宛） 等

年 月 日

記号 _____ 番号 _____

住所 _____

被保険者氏名 _____ (印)

受療者氏名 _____ (印)

※装具購入が被扶養者の場合ご家族の氏名を記入ください

装具作製確認書

(治療用メガネ・弾性ストッキングは提出不要)

被保険者または被扶養者が医療機関で受診し、医師の指示により作製された装具に対する給付金支払い決定に必要なため、以下ご回答願います。

- ① 下記質問について該当する番号を○で囲んでください。その他の場合は記述にてお答えください。
- ② 購入した装具の写真を別紙貼付のうえあわせてご提出ください。
- ③ 必要に応じて主治医等に診療内容の文書照会を行います。別紙同意書に署名・押印のうえあわせてご提出ください。
- ④ 給付金支払い決定については、本書及び別途行う主治医への照会などを基に総合的に判断することから、給付金支払い決定まで、数ヶ月時間を要する場合がございますのでご了承ください。

(1) 記号 - 番号	(2) 被保険者名	(3) 受療者名

問 1. 作製した装具のサイズ合わせは、どのように行いましたか？

- (1) 装具を身体に合わせてオーダーメイドするために、患部やその周囲にギプスを巻き、石膏で型を取ったり、足型版を踏み込んだりと、「型」を取るようなことを行った
⇒ (① どこで型を取りましたか？ 病院内 / 他 ()) (② 何回、型を取りましたか？ ___回) (③ 誰が型をとりましたか？ 医師 / 看護師 / 装具業者)
- (2) 装具を身体に合わせてオーダーメイドするために、患部やその周囲の各所をメジャーで細かく測った
⇒ (① どこで測定しましたか？ 病院内 / 他 ()) (② 何回、測定しましたか？ ___回) (③ 誰が測定しましたか？ 医師 / 看護師 / 装具業者)
- (3) 既製品(完成品)装具を購入した。
 ↳ サイズ選択の方法は？
 - Ⓐ メジャー → 誰が測定しましたか？ 医師 / 看護師 / 装具業者
 - Ⓑ 試着
 - Ⓒ 何も行わなかった
 - Ⓓ その他 ()
- (4) 何も行わなかった
- (5) その他 ()

問 2. 主治医からどのような目的の装具だと説明を受けられましたか？ (複数回答可)

- (1) 患部の支持・矯正・固定・免荷
- (2) 痛みや症状の緩和 (除痛)
- (3) リハビリ時に必要
- (4) 再発防止・予防
- (5) 日常生活の補助具
- (6) 受けていない
- (7) その他 (例：運動時に着用 等)

問 3. 作製した装具は、誰の指示・意思で決められましたか？

- (1) 主治医の指示で決めた
- (2) 自分で決めた・医師に作製依頼をした
- (3) 装具製作会社の言われる通りに決めた
- (4) 治療法(固定方法)を選択し装具を作製 (例:ギプスカ装具かで選択 等)
- (5) その他 ()

問 4. 装具装着後の療養にあたって、医師からはどのような指示や注意を受けていますか？

- (1) 自宅安静
- (2) 運動(ｽｯｰ)を控えるように指示された
- (3) 運動(ｽｯｰ)をする際に装具装着するように指示された
- (4) 特に指示はされていない
- (5) その他 ()

■ 装具装着後の病院への受診頻度 : ① 週1回 ・ ② 月1回 ・ ③ その他 ()

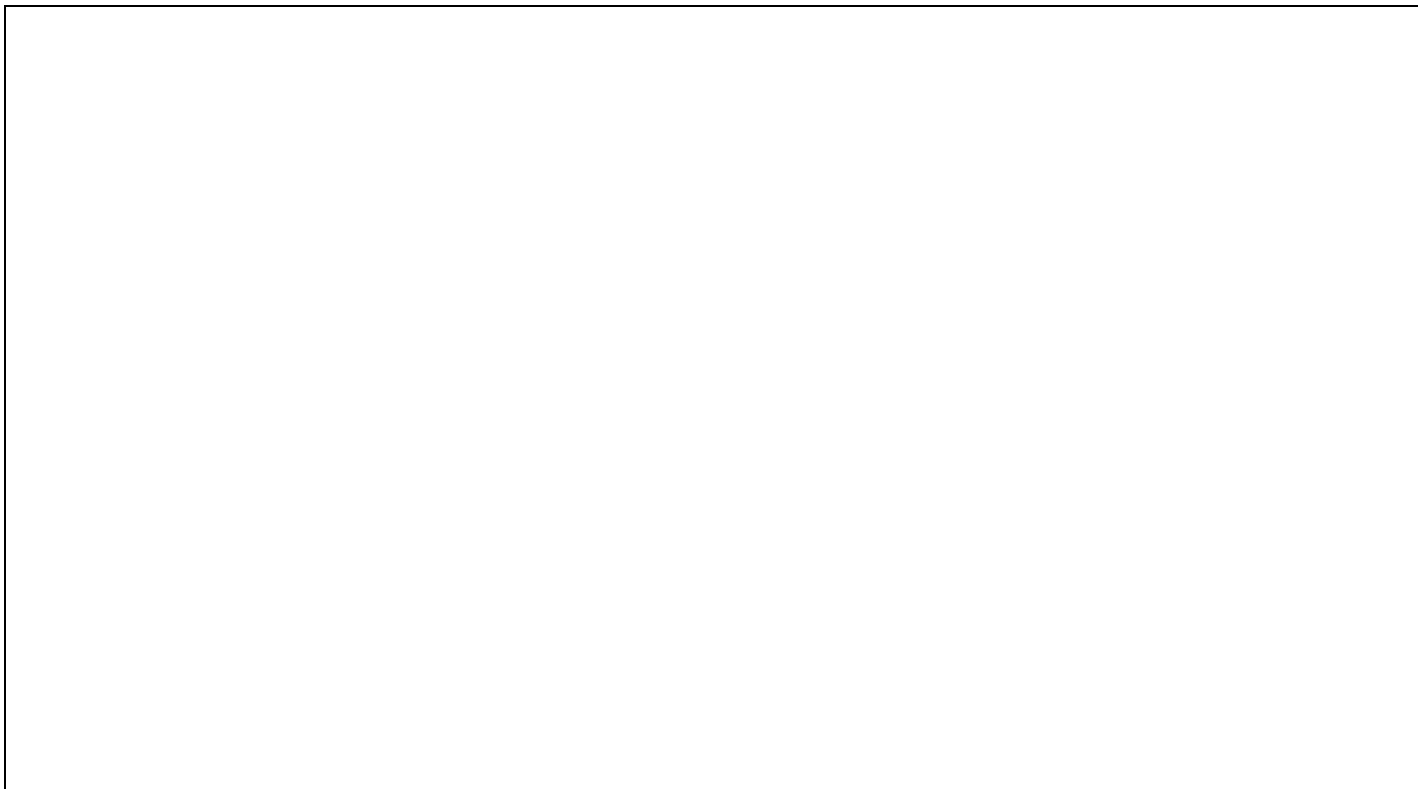
以上のとおり相違ありません。 年 月 日 受療者名 ((印))

治療用装具 画像貼付台紙 (治療用メガネ・弾性ストッキングは提出不要)

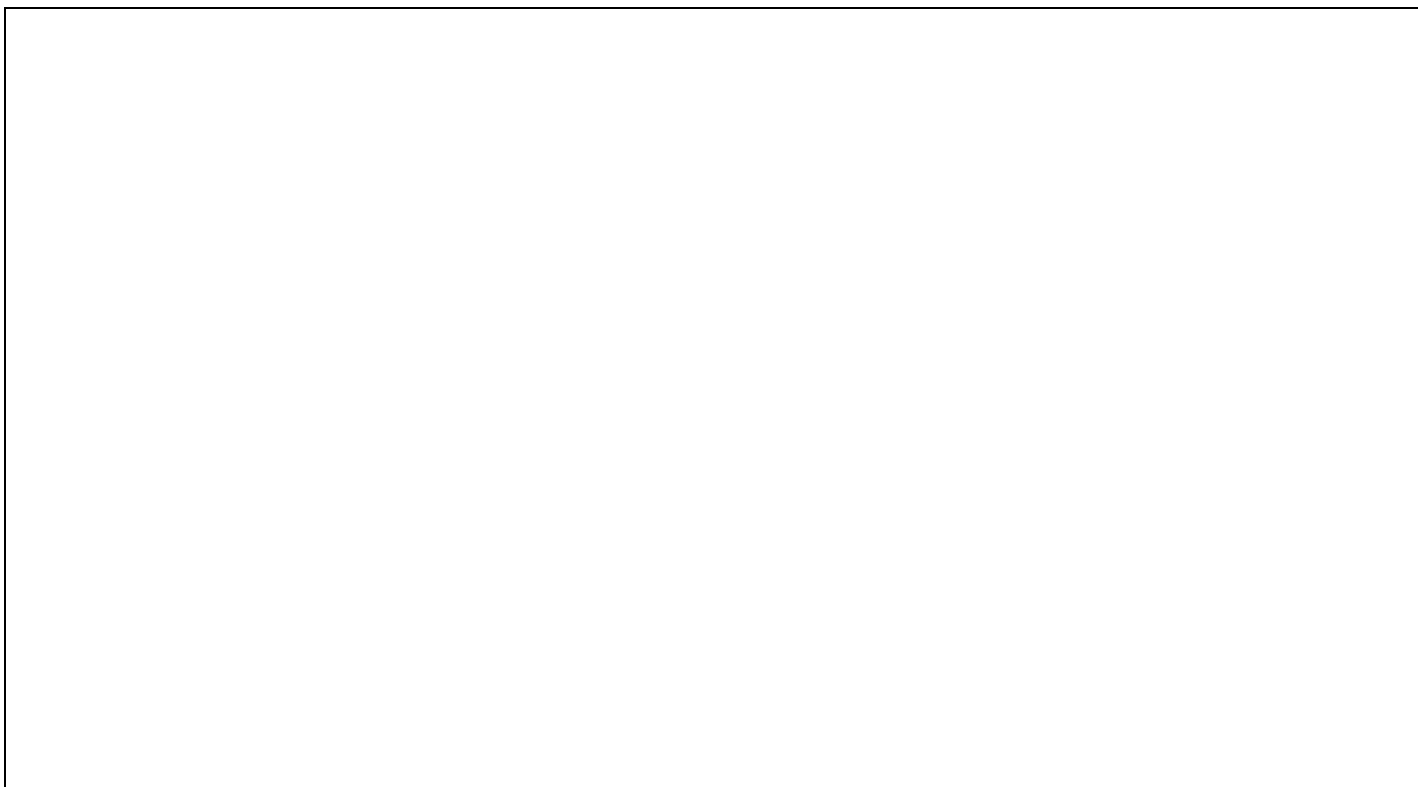
- ・画像が多い場合には、複数枚ご提出いただいても結構です。
- ・必ず購入された全ての装具について撮影してください。(同じものを複数購入された場合も同様)

被保険者証 記号-番号	被保険者氏名	受療者(被保険者との続柄)	商品名、装具の商標、メーカー名、サイズ、ロゴに記載されている型番 (見当たらない場合には、取扱説明書や製品箱の表記画像を添付いただいても結構です)
-		()	

[全体・正面から撮影した画像]



[側面(左右どちらか一方から撮影した画像)]



治療用装具の写真添付・撮影方法について



なぜ写真が必要なのか？

領収書の内訳に記載された装具と、実際に作成された装具が同一かを確認するためです。
2018年5月購入分より治療用装具の費用請求をするときには、装具の写真または画像添付が必要となります。

撮影方法について

作成した装具（複数作成したときには全ての装具）に対して、右記の方向及び箇所について撮影して下さい。

- ①全体図・正面
- ②側面（左右どちらか一方）

撮影した画像（写真）の印刷について

撮影した画像を「治療用装具 画像貼付台紙」（健保所定フォーマット）に貼り付け、カラーで印刷をお願いいたします。
なお、台紙1枚に貼り付けきれない場合には、複数枚になっても構いません。

