

記入例(医師が治療上、治療用装具の装着を必要と認めた場合)

色付けされた欄に必要事項を記入してください。
(提出する書類には色を付けしないでください。)

書面での提出の場合は押印してください。
※メールでの提出の場合は不要です。

組合員が装具を装着した場合は
療養費を○で囲んでください。

療養費 家族療養費 高額療養費	請求書	決定額	療養費 家族療養費 高額療養費	※	円
	療養費				
組合員氏名	共済 一郎	組合員等 記号番号	0820 1111111100	所属局 (部)課名	●●局 △△課
療養者氏名	共済 太郎	生年月日 性別、続柄	平成 16 年 6 月 10 日	性別	♀女 続柄 子
傷病名	右膝前十字靭帯損傷	傷病の原因	転倒による負傷		
初診年月日	令和2年9月8日	医療機関又は 薬局名	株式会社 ■■	保険医療機関 保険薬局、その他	
療養期間	令和 2 年 9 月 8 日 から 令和 2 年 9 月 8 日まで	療養に要した費用	95,682 円	療養費 家族療養費 高額療養費	66,977 円
組合員証を使用しなかった理由	治療用装具購入のため				
過去の高額療養費の支給状況等					
上記のとおり請求します。 農林水産省共済組合事務執行者 殿 令和 3 年 1 月 5 日 請求者 住 所 △△県●●市□□2-3-4 氏 名 共済 一郎					

- 1 組合員証を使用しなかった理由は、具体的に詳しく書いて下さい。
- 2 高額療養費については、組合員又はその被扶養者が同一の月にそれぞれ一の病院、診療所、薬局その他の療養機関から受けた療養（入院時食事療養及び入院時生活療養を除く。）又は指定訪問看護事業者から受けた指定訪問看護（70歳に達する日の属する月以前の療養に係る自己負担額については、2万1千円以上のものに限る。）についてそれぞれ請求書を作成（「請求額」欄は記載不要）し、更にそれらを合算した請求書と共に提出して下さい。
- 3 高額療養費については、令第11条の3の3第1項から第5項までの規定により支給される高額療養費の額の算定の基礎となる「なお負担すべき額」があった場合は、その額を「療養に要した費用」欄に別書し、その「なお負担すべき額」に関する証拠書類を添付して下さい。
- 4 高額療養費の支給を受けようとする療養のあった月以前12月間に受けた療養について、組合から高額療養費の支給を既に3回以上受けたときは、その月及び金額を「過去の高額療養費の支給状況等」欄に記入して下さい。
- 5 高額療養費の支給を受ける者が令第11条の3の5第1項第5号又は第3項第5号若しくは第6号に掲げる者のいずれかに該当するときは、その該当することを証明する書類を添付して下さい。
- 6 ※印欄は記入しないで下さい。

公金受取口座希望について、「する」「しない」に○がなく振込先口座が記入されている場合は通常の口座振込と判断

振込先口座（職員名義の国内口座を記入） 公金受取口座希望（する / しない）
※公金受取口座への振込みを希望する場合は、公金受取口座希望の「する」を選択し、振込先は記入不要です。

○ ○ 銀行 □ □ 支店 普通 口座番号 234567 フリガナ 共済 一郎
当座 当座 名義人 共済 一郎

・骨折・捻挫等の外傷についてはどのような状況で負傷したか必ず記載してください。
・先天性の疾患によるものは傷病の原因欄に不明と記載してください。

治療用装具を購入した義肢製作会社を記載してください。

上段は装具装着日、下段は領収日を記載してください。
(治療用眼鏡など指示書等に装着日の記載がない場合は上下段とも領収書の日付)。

公金受取口座への振り込みを希望しない場合は、振込先口座欄にも記入をお願いします。
ゆうちょ銀行の場合は通帳下部の店名・口座番号を記載してください(通帳上部に記載の記号番号は口座番号ではありません)。

カード紛失センター 0120-794889

通常貯金ご利用の上限額 13,000,000円

振込用の店名・預金種目・口座番号
他の金融機関から振込を受ける際は、こちらの店名・預金種目・口座番号をお振込人さまにお知らせください。(窓口に通帳をお持ちいただいた際に、この部分を記載いたします。)

この口座を他金融機関からの振込の受取口座として利用される際は、次の内容をご指定ください
【店名】一九八(読み イチキュウハチ)
【店番】198【預金種目】普通預金【口座番号】0123456

治療用装具の療養費及び 家族療養費請求に係る 添付資料及び審査について

【初回請求】

その者（組合員・被扶養者）に係る療養費等（治療用装具）の支給が初めての場合。

【再請求】

その者（組合員・被扶養者）に係る、同一傷病・同一部位に係る療養費等（治療用装具）の支給が2回目以降である場合。

○判断に迷う場合は請求書等提出前に共済組合へ御照会ください。

治療用装具に係る療養費等の支給について

保険医が患者を診察し、疾病又は負傷の治療遂行上必要であると認め、保険医の指示（処方）により治療用装具が製作（又は購入）され、義肢装具士が患者に治療用装具の採型・採寸及び適合調整を行い、保険医が装着（適合）の確認を行った場合に支給。

【支給の対象となるもの】

- ・共済組合が現物での療養の給付等を行うことが困難であると認め、かつ、疾病又は負傷の治療遂行上必要であると認めたもの。
- 例：義肢（義手・義足）、義眼（眼球摘出後眼窩保護のため装着した場合）、コルセット、関節用装具等

【支給の対象とならないもの】

- ・日常生活やスポーツ等における能力向上・改善目的のもの
- ・職業上で必要になるもの
- ・美容を目的とするもの
- ・原因疾患の治療目的でないもの
- ・洗い替えなど日常生活の利便性のためのもの
- （四肢のリンパ浮腫治療のため の弾性着衣については2着を限度として支給可） 等

例：眼鏡（小児弱視等の治療用眼鏡等は除く。）、補聴器、人工肛門受便器等

！ 治療用装具を購入、装着したときの注意点

すべての治療用装具が支給の対象になるとは限りません。

療養費の給付を受けられるのは「治療遂行上必要不可欠なもの」で、かつ「共済組合がやむを得ないと認めたもの」のみになります。また、支給可否の判断をするのは、医療機関や装具業者ではなく、保険者である共済組合となります(国家公務員共済組合法第56条)。

医療機関や装具業者等から「健康保険の支給対象です」等と説明を受けた場合でも、必ずしも支給されるものではありませんので御注意下さい。

治療用装具の療養費及び家族療養費支給に係る審査の流れ①

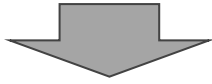
1回の処方では1部位に対して1装具の支給。

初回請求の場合



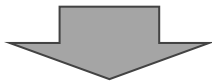
組合員

請求書類の提出



所属所担当者

請求書記載内容及び添付書類確認



共済組合

請求書類の審査

- 療養費・家族療養費請求書
- 治療用装具を購入した際の領収書と明細書
 - * 保険医の指示日以降の支払日のもの。
 - * 装具の名称、種類及びその内訳別の金額、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）、義肢装具士の氏名が記載されたもの
- 治療用装具製作指示装着証明書等、医師が治療上装着を必要と認め、かつ装着日の確認ができる証明書
- 給付金請求確認書（傷病の原因がケガの場合及び保険者が必要と認めた場合）
- 装具の写真（靴型装具及び保険者が必要と認めた場合）

保険医の治療用装具製作指示装着証明書等の記載事項等から不正請求事案に該当しないかどうか、療養費の支給として妥当であるかについて保険者として審査いたします。
不正請求事案とは・・・
厚生労働省HP社会保障審議会（医療保険部会治療用装具療養費検討専門委員会第3回資料を参照。

- 【支給不可となった場合】
所属所担当者へ支給不可と判断した理由をメールにて回答いたします。
- 【支給決定となった場合】
他の給付金と同様、支給決定通知書の交付をもって連絡いたします。

提出書類が整い決裁を経て支給決定となりますので、審査の過程での支給可否については回答いたしかねます。

治療用装具の療養費及び家族療養費支給に係る審査の流れ②

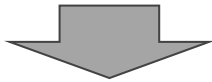
1回の処方では1部位に対して1装具の支給。

再請求の場合



組合員

請求書類の提出



所属所担当者

請求書記載内容及び添付書類確認



共済組合

請求書類の審査

- 療養費・家族療養費請求書
- 治療用装具を購入した際の領収書と明細書
 - * 保険医の指示日以降の支払日のもの。
 - * 装具の名称、種類及びその内訳別の金額、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）、義肢装具士の氏名が記載されたもの
- 治療用装具製作指示装着証明書等、医師が治療上装着を必要と認め、かつ装着日の確認できる証明書
- 給付金請求確認書（傷病の原因がケガの場合及び保険者が必要と認めた場合）
- 装具の写真（既支給分及び当該請求分の両方）
- 装具の取扱説明書（ある場合は添付）

既支給装具の耐用年数が未経過の場合、

①既支給装具の今後の使用可否 ②当該請求分の装具を新たに必要とする理由 等確認させていただき、必要に応じて追加書類の提出をお願いする場合がありますので予め御承知おきください。

請求のあった治療用装具に係る診療レセプト到着後審査を開始いたします。

既支給装具の耐用年数が経過しているかの確認のほか、初回請求と同様、治療用装具製作指示装着証明書等の記載事項等から不正請求事案に該当しないかどうか、療養費の支給として妥当であるかについて保険者として審査いたします。

- 【支給不可となった場合】
所属所担当者へ支給不可と判断した理由をメールにて回答いたします。
- 【支給決定となった場合】
他の給付金と同様、支給決定通知書の交付をもって連絡いたします。
※該当レセプト到着後の審査となりますので、請求書提出から給付金の支給まで2~3か月を要する場合があります。

提出書類が整い決裁を経て支給決定となりますので、審査の過程での支給可否については回答いたしかねます。

計算書に受診者が複数いる場合はコピーしてください。

令和 年 月 日

農林水産省共済組合事務執行者 殿

(所属) _____

(氏名) _____

(受診者氏名) _____

給付金請求確認書

【請求の有無】(該当するものに☑を、その他の場合は理由を記入してください。)

今回該当する給付金について

1. 請求します

領収書を紛失した場合はおおよその窓口支払額を記入 _____ 円

ア. 市区町村等が実施する医療費助成制度に該当しない。
(子ども医療、難病医療、心身障害者医療、一人親家庭医療など)

イ. 市区町村等が実施する医療費助成制度に該当するが、
市区町村等からは共済組合が支給する給付金を除いた額が支給される。

ウ. その他 (_____)

2. 請求しません

エ. 窓口での自己負担がなかった。

オ. すでに市区町村等へ請求済み。

カ. これから市区町村等へ請求する。

キ. その他 (_____)

イ、エ、オ、カの医療費助成制度に該当する場合は、
受給者証の表・裏の写しを提出してください。

【負傷原因について】(該当するものに☑を、その他の場合は理由を記入してください。)
ケガなどの場合のみ、請求の有無に関わらず以下について記入してください。

負傷した日： 年 月 日

勤務時間中 通勤中 出張中 私用中

負傷の原因： 交通事故 暴力(ケンカ) スポーツ中

動物による負傷(飼い主： 有 無) 飲食店での食中毒

その他 (_____)

相手の有無： 有 ※後ほど手続きの依頼をいたします。

無