

国民健康保険 弾性着衣等 装着指示書

住 所			
氏 名		性別	男 ・ 女
生年月日	年	月	日
診 断 名			
手術年月日	年	月	日
患 肢	右上肢 ・ 左上肢 ・ 右下肢 ・ 左下肢		
弾性着衣等の種類	ストッキング ・ スリーブ ・ グローブ ・ 包帯		
着圧指示	mmHg		
特記事項			

本患者は、上記疾患のため、患肢を常時圧迫する必要があり、弾性着衣等の装着を指示しました。

令和 年 月 日

医療機関名
所在地
電話番号
医師名

印

※ 記載上の注意

- 1 各欄に記載又は該当項目に○を付すこと。
- 2 「手術年月日」欄について、他院で術を行った等の理由により詳細な日付は分からない場合は、「何年何月頃」との記載でも良い。
- 3 「患肢」及び「弾性着衣等の種類」が複数ある場合は、その内訳を「特記事項」欄に記載すること。
- 4 「弾性着衣等の種類」が包帯の場合は、包帯の装着を指示する理由を「特記事項」欄に記載すること。
- 5 「着圧指示」が30 mmHg未満の場合は、装着が必要な理由を「特記事項」欄に記載すること。

平成 20 年 4 月 1 日以降、医師に装用を認められた四肢のリンパ浮腫治療のために使用される弾性ストッキング、弾性スリーブ、弾性グローブ、弾性包帯について、支給対象基準に該当する場合には、療養費として支給されることとなりました。

1 対象疾病	リンパ節郭清術を伴う悪性腫瘍の手術後に発生する四肢のリンパ浮腫
2 療養費の対象	医師に装用を認められた四肢のリンパ浮腫治療のために使用される弾性着衣(弾性ストッキング、弾性スリーブ、弾性グローブ)及び弾性包帯
3 支給回数等	一度に購入する弾性着衣等は、2着(2組)を限度とする。 支給回数は、前回の購入後6ヶ月経過後とする。
4 申請額の上限	(1)弾性ストッキング 28,000 円 (片足用 25,000 円) (2)弾性スリーブ 16,000 円 (3)弾性グローブ 15,000 円 (4)弾性包帯 上肢 7,000 円 下肢 14,000 円
5 届出に必要なもの	(1)印鑑(シャチハタは不可) (2)国民健康保険証 (3)世帯主名義の預金通帳(ゆうちょ銀行は不可) (4)医師の弾性着衣等の装着指示書 (5)弾性着衣等を購入した領収書等
6 適用対象時期	平成20年4月1日以降

支給金額の例

(例)小学校就学後～69 歳の方が、弾性ストッキングを 30,000 で購入の場合

$$28,000 \text{ 円} \times 0.7 = 19,600 \text{ 円} \quad \text{※小数点以下切捨て}$$

(申請額の上限) (給付割合) (支給金額)