

治療用装具・生血明細書について

適応基準

診療担当医師により、治療遂行上必要と認められ、当該傷病の治療中に購入し、装着又は輸血した治療用装具・生血（新鮮血）について請求する際に使用します。

治療用装具の給付金額について

※1) 医師が必要と認めた治療用装具を購入した場合は、いったん全額（10割分）負担し、保護者が保険者に申請することにより、装具代の7割が療養費として保険者から支給されます。

スポーツ振興センターの給付金は、医療機関での医療費と同様に3割（高額療養費に該当した場合はその限度額）に療養に伴って費用の1割を加えて支給されます。

治療用装具・生血明細書の書き方

- ① 装具装着年月日と同月の「医療等の状況」と一緒に請求してください。
- ② 診療医師及び保護者に証明していただき、保健室に提出してください。
- ③ 装具制作会社、医療器材店または医療機関の領収書のコピーを必ず添付してください。
★領収書等の原本はご加入の健康保険会社へ※1に関してご請求時に必要になりますので、大切に保管しておいてください。
- ④ 治療用装具とは、治療上必要とする装具のことで、「購入した松葉づえ」などもこれに該当します。
★レンタルや医師以外の指示により購入したもの、スポーツ用品店などで購入したものは給付対象にはなりません。

別紙3(6) 治療用装具 明細書 私立 錦城高等 学校 (関)

被 災 児 童 等 生 徒	氏 名	安全 健二		性 別	男	年 令	16年 8月 27日 生
傷 病 名	右足関節骨折		初 診 年 月 日	平成 4年 5月 8日	装 具 装 着 日	平成 4年 5月 25日	
医 療 機 関 の 証 明	上記疾患により、治療のため右足関節の固定を必要とする。		装 具 装 着 又 は 生 血 使 用 を 必 要 と し た 理 由				
装 具 装 着 の 場 合 装 具 の 種 類 及 び 型 式	右短下肢装具	生 血 使 用 の 場 合 生 血 の 使 用 量	ml				
装 具 装 着 日	令和 4年 5月 28日	医 療 機 関 所 在 地 及 び 名 称	●●市△△1-2		保 護 者 等 氏 名	健康 太郎 印	
装 具 製 作 会 社 の 所 在 地 及 び 名 称	■●市××3-4-5 ◎◎◎株式会社						
生 血 使 用 の 場 合 供 血 者 の 氏 名 及 び 被 災 児 童 生 徒 等 と の 続 柄							
装 具 装 着 又 は 生 血 に 要 し た 費 用	7,000 円						
上 記 の と お り で す。	令 和 4年 5月 28日	住 所	●●市△△6-7				
保 護 者 等 氏 名	安全 健一						
※ 決 定	円 × $\frac{4}{10}$ = 円						
合 計	円						

(注) 1 治療用装具については、その作製の装具製作会社、医療器材店又は医療機関の領収書の写を添付すること。
2 生血については、供血者の領収書の写を添付すること。
3 ※印は、記入しないこと。
4 この明細書の用紙は、日本工業規格A4 4型とすること。

【お願い】上記証明において公費負担医療制度を利用した場合は下欄の記入にご協力ください。(※該当する項目に○をつけてください。)

記入者*	公費負担医療機関*	乳幼児・ひとり親・子ども医療助成・障害者総合支援法
職 業 者 (学 校 医 生)	利用している病院の(組合) 社その他(記入)	その他 []
医 療 機 関	自己負担	
	(公費負担医療制度を証明している場合のみ記入)	

医療機関証明欄

装具装着日の記入漏れがないか確認してください。

医師による証明が必要です。
(柔道整復師等による証明は対象となりません。)

保護者等証明欄

- ① 装具・生血（輸血に使用された新鮮血）
どちらか該当する欄にもれなく記入してください。
- ② 装具または生血に要した費用をご記入ください。
- ③ 証明した年月日、保護者住所・氏名をご記入ください。
- ④ 医療機関・医療器材店又は装具制作会社の領収書のコピーを必ず添付してください。