

各所属所事務担当者 様

公立学校共済組合高知支部事務局長

治療用装具の療養費請求に係る取扱いの変更等について

組合員及び被扶養者が、医師が必要と認めた治療用装具を製作又は購入した場合は、装具代の全額を一旦自己負担し、後日共済組合へ療養費及び家族療養費の請求（以下「治療用装具の療養費請求」という。）を行うと、共済組合から給付を受けることができます。この度、治療用装具の療養費請求に係る取扱いについて、下記のとおり変更等がありましたので通知します。

つきましては、貴所属所組合員へ周知していただきますようお願いいたします。

記

1 「靴型装具」の療養費請求にかかる添付書類について

厚生労働省保険局の通達により、不適切な療養費請求を防ぐため、「靴型装具」について治療用装具の療養費請求を行う場合は、装具の写真の添付が必要となりました。

平成30年10月1日以降に医師の指示に基づき製作又は購入した「靴型装具」について療養費請求書を提出する際は、従来の提出書類である次の①～③に加えて、④装具の写真を添付してください。

(1) 提出書類

- ①療養費請求書（様式第3－4号）
- ②医師の証明書（様式第3－5号。必要事項を満たしていれば、共済組合の様式でなくともよい。）
- ③領収書
- ④装具の写真

(2) 写真についての留意事項

- 1. 靴型装具は、患者が実際に装着する現物の写真であること。ただし、写真に患者が写っていることは要しない。
- 2. 靴型装具に付属部品等がある場合は、それらも含めて購入した全ての治療用装具を撮影すること。なお、中敷等の靴に挿入するタイプの装具は靴から取り出した状態で撮影すること。
- 3. 装具の写真は「靴型装具」を製作又は購入した場合に必要となるもので、靴型装具以外、例えば足底装具（中敷等）のみを購入した場合は写真の添付は要しない。

2 輪部支持型角膜形状異常眼用コンタクトレンズについて

平成30年4月1日から、輪部支持型角膜形状異常眼用コンタクトレンズが新たに療養費の支給対象となりました。支給要件は次の（1）～（4）のとおりです。

(1) 支給対象となるコンタクトレンズ

スティーブンス・ジョンソン症候群及び中毒性表皮壊死症の眼後遺症に対し、医師の

指示に基づき作成された輪部支持型角膜形状異常眼用コンタクトレンズ

(2) コンタクトレンズの更新

前回の購入から5年経過後に再度購入した場合は支給対象となります。

(3) 支給額

1枚あたり158,000円を上限とし、治療用コンタクトレンズの購入に要した費用の範囲内で、購入額から自己負担額(2割～3割)を差し引いた額を支給します。

(4) 提出書類

- ・療養費請求書(様式第3-4号)
- ・医師の作成指示書
- ・領収書

公立学校共済組合高知支部

TEL : 088-821-4813