

療養費支給申請書(弾性着衣等)

申請日 令和 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	記号-番号 —	勤務先	生 年 月 日	5 昭和 7 平成	年	月	日
	被保険者の氏名 <small>自署の場合は押印不要</small> 印	〒 住所 連絡先 <small>必ず記入ください</small>					

受 診 者 欄	受診者の氏名		続柄 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族()	生 年 月 日	5 昭和 7 平成 9 令和	年	月	日	年 齢	才	
	診断名			手術年月日	昭和 平成 令和	年	月	日			
	診療を受けた 医療機関			診療に要した 費用の額	円						
	患肢	右上肢	左上肢	添 付 書 類 い れ て 確 認 下 さい	<input type="checkbox"/> 領収書 原本 → 装具作製業者から貰って下さい						
		右下肢	左下肢		<input type="checkbox"/> 医師による作成指示書(意見書・証明書等) 原本						
	弾性着衣等 の種類	ストッキング	スリーブ		<input type="checkbox"/> 明細書(装具価格の内訳)						
着圧指示	mmHg										

振 込 先	金融機関名称	銀行・金庫 信用組合	支店名称	本店・支店 出張所	預金 種別	普通 当座
	口座番号		口座名義人(カナで記入し、セイとメイの間は1マス空けてご記入ください。)			

給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。						令和 年 月 日
	被保険者 (申請者)	住所					
		氏名	印				
	代理人の氏名と印	印				委任者と代理人との関係	
	代理人の住所	〒	印				☎

リンパ節郭清術を伴う悪性腫瘍の術後に発生する四肢のリンパ浮腫治療のために使用されるもので、着圧30mmHg以上の弾性着衣が支給の対象となります。
ただし、関節炎や腱鞘炎により強い着圧では明らかに装着に支障をきたす場合など、医師の判断により特別の指示がある場合は20mmHg以上の着圧であっても支給されます。

支 給 対 象 上 限 額	弾性ストッキング	28,000円(片足の場合25,000円)
	弾性スリーブ	16,000円
	弾性グローブ	15,000円
	弾性包帯	上肢7,000円 下肢14,000円

受 付 印

【支給限度数】 一度に購入する弾性着衣は洗い替えを考慮し、装着部位ごとに2着を限度とします。

【更新について】 前回の購入から6か月が経過していること。