

【治療用装具明細書】提出時の注意

- ① 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、装着または輸血した場合に使用する用紙です。
- ② 下半分は保護者が記入してください（上半分に保護者の加筆はできません）。
- ③ 装具制作会社、医療器材店または医療機関の「領収書の写し」を添付してください。
- ④ 装具装着年月日と同月の「医療等の状況」を一緒に提出してください。

治療用装具明細書

生血

青破線内は医療機関が記入

| | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|---------------------------|----------------|----------------------|------------|-------------------------------|
| 被 災 児 童 等 | 氏名 | 安全 健二 | | 男 女 | 平成 令和 | 〇年〇月〇日生 |
| | 傷病名 | 右足関節骨折 | | 初診年月日 | 平成 令和 | 〇年5月10日 |
| | 装具装着又は生血使用を必要とした理由 | 右足関節骨折の治療のため足関節の固定を必要とする。 | | 装具装着、生血使用年月日 | 平成 令和 | 〇年6月2日 |
| | 装具装着の場合、装具の種類及び型式 | 右短下肢装具 | 生血使用の容許、生血の使用量 | | | |
| | 医療機関の証明 | 令和〇年6月2日 | | 医療機関所在地及び名称 | 〇〇市△△1-2-3 | <input type="checkbox"/> 〇〇病院 |
| | 装具制作会社の所在地及び名称 | 〇〇市△△3-4-5 | | 氏名 | 健康 太郎 | |
| | 生血提供者の氏名及び被災児童生徒等との続柄 | 〇〇株式会社 | | | | |
| | 装具装着又は生血に要した費用 | 7,800 | | | | |
| | 上記のとおりです。 | 令和〇年6月7日 | 住所 | 〇〇市△△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、日本産業規格A4縦型とする。

保護者が記入

この欄は療養月ごとに記入が必要です。

【お願い】上記証明において公費負担医療制度の利用状況について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。）

| | | |
|--|---|---|
| ①記入者* <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 学校(園) <input type="checkbox"/> 設置者 <input type="checkbox"/> 医療機関 | ②公費負担医療制度* <input type="checkbox"/> 利用なし(記入終了) <input checked="" type="checkbox"/> 利用あり(治療記入) | <input type="checkbox"/> 乳幼児 <input checked="" type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 子ども医療助成 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法* <input type="checkbox"/> その他 (利用している制度を記入) |
| 自己負担額 (「利用あり」の場合に記入) | | 0 円 |

ここは全員記入

利用ありの場合のみ記入

装具の装着が必要となった傷病名が記入されているか確認してください。初診年月日、装具装着日を確認してください。

装具装着を必要とした理由、装具の種類と型式が記入されているか確認してください。

医療機関所在地及び名称の記入もれ、押印漏れがないか確認してください。

この枠内は保護者の方に記入していただくことになっていますが、青破線内は医療機関で記入してもらえることが多いです。記入されていない場合は、保護者で記入してください。年月日、住所、保護者氏名は忘れずに記入してください。