

（リンパ浮腫重篤化予防）弾性着衣等に関する療養費の支給について

四肢のリンパ浮腫の重篤化予防を目的として医師が認めた場合、弾性着衣（弾性ストッキング・弾性スリーブ・弾性グローブ）及び弾性包帯の購入費について療養費の支給対象となります。

■ 対象となる製品

- 着圧 30mmHg 以上の弾性着衣
- 着圧 20mmHg 以上の弾性着衣（着圧 30mmHg 以上では支障があると医師が認める場合に限る）
- 弾性包帯（弾性着衣を使用できないと医師が認める場合に限る）

■ 申請に必要なもの

- 医師の装着指示書（裏面参照） ※ 原本が必要です。
- 領収書・内訳書
- 振込先の口座番号がわかるもの

■ 支給額

負担割合に応じて購入金額の 7 割、8 割または 9 割が支給されます。ただし購入金額には下記のとおり上限額が定められており、上限額を超える金額は自己負担となります。

弾性ストッキング	28,000 円（片足用の場合、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

※ 一度に購入できるのは 2 着まで、ただし前回の購入から 6 ヶ月経過した場合は再度購入できます。なお、弾性包帯については装着部位ごとで対象となります。

■ 注意点

医師の指示により用いるものであるという観点から、指示を受ける以前に購入したものは支給対象外となります。

(別紙様式)

(悪性腫瘍の術後 ・ 原発性) 弾性着衣等 装着指示書

住 所			
氏 名		性別	男・女
生 年 月 日	明・大・昭・平・令	年	月 日
診 断 名			
手術等年月日	昭・平・令	年	月 日
手術の区分	(鼠径部 ・ 骨盤部 ・ 腋窩部) のリンパ節郭清を伴う 悪性腫瘍 (種類)		
装着指示日	令和	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 (※5) (着) (着) (着) (着)		
着 圧 指 示	mmHg		
特 記 事 項			

※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 「手術等年月日」欄について、悪性腫瘍の術後の場合、手術年月日を記載する。なお、他院で術を行った等の理由により詳細な日付は判らない場合は、「何年何月頃」との記載でも良い。
また、原発性の場合、診療開始日を記載すること。
- 3 「手術の区分」欄の「(種類)」について、悪性腫瘍の具体的な種類を記載すること。
- 4 「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。
- 5 「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。
- 6 「着圧指示」が30mmHg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。

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

**（慢性静脈不全による難治性潰瘍治療のための）
弾性着衣等に関する療養費の支給について**

慢性静脈不全による難治性潰瘍の治療を目的として医師が認めた場合、弾性着衣（弾性ストッキング）及び弾性包帯の購入費について療養費の支給対象となります。

■ 対象となる製品

- 着圧 30mmHg 以上の弾性着衣
- 着圧 15mmHg 以上の弾性着衣（着圧 30mmHg 以上では支障があると医師が認める場合に限る）
- 弾性包帯（弾性着衣を使用できないと医師が認める場合に限る）

■ 申請に必要なもの

- 医師の装着指示書（裏面参照） ※ 原本が必要です。
- 領収書・内訳書
- 振込先の口座番号がわかるもの

■ 支給額

負担割合に応じて購入金額の 7 割、8 割または 9 割が支給されます。ただし購入金額には下記のとおり上限額が定められており、上限額を超える金額は自己負担となります。

なお、支給は 1 回限りですが、再発した場合は再度支給対象になります。

弾性ストッキング	28,000 円／着（片足用の場合、25,000 円／着）
弾性包帯	14,000 円／巻

※ 装着部位ごとに 2 着（巻）まで購入できます。

■ 注意点

医師の指示により用いるものであるという観点から、指示を受ける以前に購入したものは支給対象外となります。

(別紙様式)

慢性静脈不全による難治性潰瘍治療のための
弾性着衣等 装着指示書

住 所			
氏 名		性別	男・女
生 年 月 日	明・大・昭・平・令	年	月 日
診 断 名			
処 置 年 月 日	令和	年	月 日
装 着 指 示 日	令和	年	月 日
患 肢	右下肢 ・ 左下肢		
弾 性 着 衣 等 の 種 類	ストッキング (着) ・ 包帯 (タイプ ・ 巻)		
着 圧 指 示	mmHg		
特 記 事 項			

※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 「処置年月日」欄について、「J001-10静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）」を行った年月日（初回）を記載すること。
- 3 「弾性着衣等の種類」欄の包帯のタイプは、弾性包帯、筒状包帯、パッティング包帯、粘着テープ等を記載すること。
- 4 「着圧指示」が30mmHg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。
- 5 弾性着衣等は、当治療において1回に限り療養費の対象となること。

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