

原発性 弾性着衣等 装着指示書

住 所	
氏 名	
生年月日	
診 断 名	原発性上肢リンパ浮腫
診療開始日	年 月 日
装着指示日	年 月 日
患 肢	<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢
弾性着衣等の種類	<input type="checkbox"/> スリーブ 着 <input type="checkbox"/> グローブ 着 <input type="checkbox"/> ミトン付きスリーブ 着 <input type="checkbox"/> 包帯関連製品 点
着 圧 指 示	30 mmHg
特 記 事 項	

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。

年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師名

四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣に係る療養費の支給について

1. 支給対象者

四肢に原発性リンパ浮腫が生じていると診断を受けた方が対象となります。

2. 支給回数

支給回数は年2回までです。2回目の申請は1回目に購入した領収日より6ヶ月を経過すると買い替えることができます。

支給申請諸費用の限度額

1度に購入できる弾性着衣は、装着部位ごとに2着まで可能です。

弾性ストッキング（1着あたり）：28,000 円（片足用は 25,000 円）

弾性スリーブ（1着あたり）：16,000 円

弾性グローブ（1着あたり）：15,000 円

弾性包帯類 上肢：7,000 円、下肢：14,000 円

注）弾性包帯に関しては、弾性ストッキング・弾性スリーブ・弾性グローブを使用できないと医師の指示があり、包帯の装着を指示する理由を「特記事項」欄に記載する必要があります。

3. 申請方法について

a) 申請場所：保険者の保険事務所（保険証の裏側に掲載されています）

国民健康保険の方 = 市・区役所の国民健康保険課

健保協会保険の方 = 社会保険事務所

企業の保険組合の方 = 勤務先の総務課

b) 申請に必要な書類等

弾性着衣等装着指示書

弾性着衣等を購入した際の領収書

健康保険証、印鑑

振込口座がわかるもの（通帳または口座情報がわかるページのコピー等）

療養費支給申請書は申請窓口に設置されていますので、「弾性着衣等装着指示書」「領収書」と一緒に提出してください。

4. 審査期間

2～6ヶ月程度で、指定口座に振り込まれます。（自治体や保険者によって時期が異なります。）