(2)　治療用装具の指示（処方）をした保険医の氏名、保険医療機関名、医療機関所在地、装着年月日

(3)　疾病名、治療用装具名（オーダーメイド・既製品の別)、保険医の指示（処方）年月日、区分（採寸・採型)、採寸・採型年月日、領収日、領収額

(4)　指示（処方）の内容、経過等

保険医の指示（処方）年月日、保険医の指示（処方）の内容、治療用装具の製作工程及び料金明細（内訳別に名称、採型区分・種類、価格を記載)、オーダーメイド又は既製品の別（既製品の場合は製品名及び仕入価格)、治療用装具を取り扱った義肢装具士の氏名、修理や医師の指示により特別な加工調整等を行った場合は修理・加工が必要となった状況や理由等、修理の内容及び価格、製作経過、治療用装具の価格等を具体的に順序よく記載すること。

第６章　療養費の支給事務手続き

１　療養費の支給事務手続きについては、従前のとおりであること。（「治療用装具の療養費支給申請に係る手続き等について」(平成 30 年２月９日付保医発 0209 第１号）を参照のこと。）

２　治療用装具の提供を行う義肢装具士は、患者等と共に「治療用装具の療養費支給申請に係る手続き等について」（平成 30 年２月９日付保医発 0209 第１号）による適正な支給申請手続きの確保に努めること。

別紙１

治療用装具製作指示装着証明書

住　所（患者様の住所）

氏　名（患者様の氏名）

生年月日　大正・昭和・平成・令和　　年　月　日

疾病名及び症状等

疾病名	症状等
	（治療遂行上の必要（症状や装着目的）、修理が必要となった状況や理由等）

上記の疾病により（オーダーメイド・既製品装具／新規・修理）

（オーダーメイドの場合は名称及び基本構造等、既製品の場合はメーカー名・製品名、修理の場合は交換箇所、等）

の装着を

令和　　年　　月　　日　診察のうえ、治療遂行上の必要を認め

（義肢装具士の氏名）　へ（製作・購入・修理）を指示し、

令和　　年　　月　　日　に患者へ装着確認をしました。

以上、証明いたします。

備　　考

※１　特別な製作指示等を行った場合は、指示事項を記載。

※２　製作を指示した義肢装具士と、適合調整した義肢装具士が違う場合は、適合調整した義肢装具士の氏名を記載。

※３　患者等へ直接購入を指示した場合は、義肢装具士への指示ではない理由や状況、患者への指示内容を記載。

令和　　年　　月　　日

医療機関所在地

医　療　機　関　名

医療機関電話番号

医　　師　　氏　　名

別紙２

（様式参考例）治療用装具用

製　作　記　録

患者情報	（ﾌﾘｶﾞﾅ）				作成日　　年　月　日
	患者氏名				（性別） 男　・　女
	住所				（入院・外来） 入院　・　外来
	電話番号				（被保険者氏名）
	生年月日	年　月　日	年齢		（被保険者との続柄）
	保険種別				

※　保険種別には、① 健康保険（協・組・日）、②船員保険、③国民健康保険（退）、④共済組合、⑤後期高齢者医療）、
⑥その他（※任意加入の保険等）の確認情報を記載する。

疾病名	治療用装具名			
	（オーダーメイド　・　既製品）			
医師の処方日（指示）	区分	採寸・採型日	領収日	領収額（装具の価格）
年　月　日	採寸・採型	年　月　日	年　月　日	円

治療用装具の製作指示その他

治療用装具が必要であると医師が認めた年月日：

年　月　日

製作又は購入もしくは修理等の指示内容

（装具名）：

治療用装具の装着年月日：　年　月　日

保険医療機関の名称・所在地、保険医の氏名：

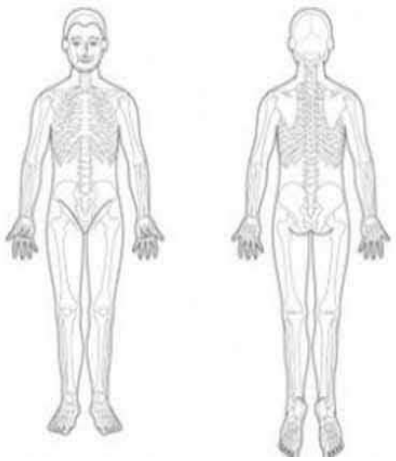
名称

所在地

保険医氏名

装着部位（図解）

製作・修理にかかる所見、医師の指示詳細



担当義肢装具士氏名（製作指示）：

担当義肢装具士氏名（適合調整）：

製作した治療用装具の製作経過、修理における対応経過等
（製作・修理した治療用装具の詳細・装着日及び装着時の調整事項、仕入額・積算内訳等）

※この製作記録は、「治療用装具の製作指示その他」欄の治療用装具の装着年月日から５年間保管すること

既製品装具に係る領収書の例 （リスト収載品）

参考例

リスト収載品・例

領　収　書

様

令和　年　月　日

￥7,579

株式会社 ○○○○
代表取締役：○○　○○
〒　－　住所　東京都○○○○○○-○-○
TEL:03(XXXX)XXXX
FAX:03(XXXX)XXXX

担当義肢装具士　○○　○○

オーダーメイド・既製品の別

品　目	名称・採型・型式	材料部品	数量	単価	金額
短下肢装具	アルケア アンクルサポート		1	7,150	7,150
修理価格					
その他の加算要素					
		小計			7,150
		6％額			429
		合計			7,579

リスト収載品（手書き）・例

No. A 1000001

領　収　証

年　月　日

様

金額	百	拾	万	千	百	拾	円
			¥	7	5	7	9

也

印紙

☐オーダーメイド
☑既製品

但し　短下肢装具　アルケア　アンクルサポート

小計　7150
6％　429
合計　7579

上記金額正に領収致しました

担当　○○　○○　☑義肢装具士

身体障害者福祉法	義手・義足	車いす
	補装具	松葉杖
指定義肢製作工場	脊椎コルセット	各種ステッキ

株式会社　○○○○
代表取締役：○○　○○
〒　－　住所　東京都○○○○○○-○-○
TEL:03(XXXX)XXXX
FAX:03(XXXX)XXXX

※保険医から指示（処方）を受けた義肢装具士と、患者へ装着（適合調整）をした義肢装具士が違う場合は、装着（適合調整）をした義肢装具士の氏名を記載する。

既製品装具に係る領収書の例　（リスト収載以外の品）①

参考例

リスト収載以外の品・例

領　収　書

様

￥15,126

令和　　年　　月　　日

株式会社 ○○○○
代表取締役：○○　○○
〒　－　住所　東京都○○○○○○-○-○
TEL:03(XXXX)XXXX
FAX:03(XXXX)XXXX

担当義肢装具士　○○　○○

オーダーメイド・既製品

品　目	名称・採型・型式	材料部品	数量	単価	金額
膝装具	中村ブレイス ラックニーリガ 811N		1	14,270	14,270

修理価格

その他の加算要素

小計	14,270
6％額	856
合計	15,126

（備　考）　リスト外　A 14,270（採寸 A-4）、B 15,800 の低い金額を適用

リスト収載以外の品（手書き）・例

No. A 1000001

領　収　証

年　月　日

様

金額	百	拾	万	千	百	拾	円
		¥	1	5	1	2	6

也

□オーダーメイド
☑既製品

印紙

但し　膝装具　中村ブレイス　ラックニーリガ 811N

小計　14,270
6%　856
合計　15,126

（備考）リスト外　A 14,270（採寸A-4）、B 15,800 の低い金額を適用。

上記金額正に領収致しました

担当　○○　○○　☑義肢装具士

身体障害者福祉法 指定義肢製作工場　義手・義足 補装具 脊椎コルセット　車いす 松葉杖 各種ステッキ

株式会社　○○○○
代表取締役：○○　○○
〒　－　住所　東京都○○○○○○-○-○
TEL:03(XXXX)XXXX
FAX:03(XXXX)XXXX

※保険医から指示（処方）を受けた義肢装具士と、患者へ装着（適合調整）をした義肢装具士が違う場合は、装着（適合調整）をした義肢装具士の氏名を記載する。

既製品装具に係る領収書の例 （リスト収載以外の品）②

参考例

リスト収載以外の品・例
（**下限額5,000円を適用**する場合）

リスト収載以外の品・例
（**仕入価格が1,500円未満**の場合）

※手書きの領収書においても同様の記載とする。

領　収　書

様

令和　年　月　日

￥5,300

株式会社 ○○○○
代表取締役：○○　○○
〒 -　住所　東京都○○○○○○○-○-○
TEL：03(××××) ××××
FAX：03(××××) ××××

オーダーメイド・既製品

担当義肢装具士　○○　○○

品　目	名称・採型・型式	材料部品	数量	単価	金額
手関節背屈保持装具	日本シグマックス 手関節固定装具ロング		1	5,000	5,000
修理価格					
		小計			5,000
		6%額			300
		合計			5,300

（備考）リスト外　A 6,500 円(採寸 D-4)、B 4,400 円、下限額 5,000 円

領　収　書

様

令和　年　月　日

￥2,544

株式会社 ○○○○
代表取締役：○○　○○
〒 -　住所　東京都○○○○○○○-○-○
TEL：03(××××) ××××
FAX：03(××××) ××××

オーダーメイド・既製品

担当義肢装具士　○○　○○

品　目	名称・採型・型式	材料部品	数量	単価	金額
指装具	フクイ メタルガード		1	2,400	2,400
修理価格					
		小計			2,400
		6%額			144
		合計			2,544

（備　考）リスト外　A　3,930 円(採寸 D-6)、B　2,400 円　の低い金額を適用

※保険医から指示（処方）を受けた義肢装具士と、患者へ装着（適合調整）をした義肢装具士が違う場合は、装着（適合調整）をした義肢装具士の氏名を記載する。

既製品装具に係る領収書の例 （部品購入による修理）

参考例

部品購入による修理・例

領　収　書

様

令和　年　月　日

￥5,353

株式会社 ○○○○
代表取締役：○○　○○
〒　－　住所　東京都○○○○○○-○-○
TEL:03(XXXX)XXXX
FAX:03(XXXX)XXXX

担当義肢装具士　○○　○○

オーダーメイド・既製品の別

パシフィックサプライ(株)
オルトップ AFO の修理

品　目	名称・採型・型式	材料部品	数量	単価	金額
修理価格	短下肢装具(硬性)				
		Ｙストラップ	1	5,050	5,050
	Ｙストラップの交換				
その他の加算要素					
		小計			5,050
		6％額			303
		合計			5,353

部品購入による修理（手書き）・例

No. A1000001

領　収　証

年　月　日

様

印紙

金額 ¥5353 也

☐ オーダーメイド
☑ 既　製　品

但し オルトップ AFO (パシフィックサプライ社製) の修理

短下肢装具(硬性) Yストラップの交換
Yストラップ 1本　5050
6%額　303
合計　5353円

上記金額正に領収致しました

担当　○○　○○　☑ 義肢装具士

株式会社　○　○　○　○
代表取締役　○○　○○
〒　－
住所　東京都○○○○○○○○
TEL　03－○○○○－○○○○
FAX　03－○○○○－○○○○

身体障害者福祉法　義手・義足　車いす
補装具　松葉杖
指定義肢製作工場　脊椎コルセット　各種ステッキ

※保険医から指示（処方）を受けた義肢装具士と、患者へ装着（適合調整）をした義肢装具士が違う場合は、装着（適合調整）をした義肢装具士の氏名を記載する。