

装具作製確認書

あなた（または被扶養者）が医療機関で受診し、医師の指示により作製された装具に対する給付金支払い決定に必要なため、受診状況等についてご回答をお願いします。

- ① 下記質問について該当する番号を○で囲んでください。その他の場合は記述にてお答えください。
- ② 作製された装具の写真を添付して下さい。（装具の上下左右、サイズ、ロゴマークや製品名の写真、更に装着した時の写真もお願いします。）
※写真の裏面に「保険証記号・番号」「被保険者氏名」「受診者氏名」をご記入ください。
- ③ 必要に応じて主治医に診療内容の文書照会を行います。署名・押印を忘れずにご提出ください。
- ④ 給付金支払い決定については、本書及び別途行う主治医への照会などを基に総合的に判断することから、給付金支払い決定まで、時間を要する場合がございますのでご了承ください。

(1) 記号 - 番号 1 6 0 1 - 1 2 3 4 5 6	(2) 被保険者名 健康 太郎	(3) 受診者名 健康 花子
(4) 本疾病に対し初めて受診した日(初診日) 平成 令和 ○○年○○月○○日	(5) 装具を作製することが決まった日 令和 ○○年××月××日	(6) 装具を装着した日（納品日） 令和 ○○年△△月△△日

問1. 装具の作製経緯について教えてください。

(1) 靴・インソールを購入した場合のみ ➡ 装具作製において、一番最初に行ったことはどこですか？

(a) 靴店(装具業者) (b) 医療機関 (c) その他 ()

(2) 納品時の状況について

ー① 装具を作製する際、誰の指示によって作製されましたか？

(a) 主治医 / (b) 自分で決め、医師に依頼 / (c) 装具業者 / (d) 治療法(固定方法)を選択し装具を作製(例:ギブスカ装具かで選択等) / (e) その他 ()

ー② 装具を受け取る際の状況について教えてください。

▶ 義肢装具士が立ち会いましたか？ : (a) 立ち会った / (b) 立ち会わなかった / (c) その他 ()

▶ どこで受け取りましたか？ : (a) 医療機関 / (b) 装具店 / (c) その他 ()

ー③ 装具の代金は、いつ支払いましたか？ : (a) 納品前 / (b) 納品当日 / (c) 納品日以降 / (d) その他 ()

問2. 作製した装具のサイズ合わせは、どのように行いましたか？

(1) 装具を身体に合わせてオーダーメイドするために、患部やその周囲にギブスを巻き、石膏で型を取ったり、足型版を踏み込んだり、「型」を取るようなことを行った

① どこで行いましたか？ (a) 病院内 / (b) 他 ()

② 何回、行いましたか？ 2回

③ 誰が行いましたか？ 医師 / 看護師 / 装具業者

(2) 装具を身体に合わせてオーダーメイドするために、患部やその周囲の各所をメジャーで細かく測った

① メジャー → 誰が測定しましたか？ 医師 / 看護師 / 装具業者

(3) 既製品(完成品)装具を購入した。

サイズ選択の方法は？ →

(a) 試着

(b) 何も行わなかった

(4) 何も行わなかった (c) その他 ()

(5) その他 ()

問3. 装具は今回初めて作製されましたか？

(1) 以前も作製したことがある (①～③へ)	(2) 以前作製した装具は <input type="radio"/> (a) 現在も使用している <input type="radio"/> (b) 装具業者へ返却した → <input type="radio"/> (c) 廃棄した → (年 月 日)	(3) 今回の作製した装具は、 <input type="radio"/> (a) 改めて作製した <input type="radio"/> (b) 以前作製した装具を修理した
(2) 初めて作製した (問4へ)		
① いつ頃作製されましたか？ 平成・令和 年 月 頃		

問4. 障害者手帳をお持ちですか？

障害者総合支援法による補装具費支給の対象になるか判断するため、障害者手帳の有無を確認させて頂いております。

(1) 持っている (※手帳のコピー添付) → ① 補装具申請を行わなかった理由

(2) 持っていない

問5. 装具装着後の療養にあたって、医師からはどのような指示や注意を受けていますか？

<input checked="" type="radio"/> (1) 自宅安静 <input type="radio"/> (2) 運動(ｽｯﾎﾟｰﾂ)を控えるように指示された <input type="radio"/> (3) 運動(ｽｯﾎﾟｰﾂ)をする際に装具装着するように指示された	<input type="radio"/> (4) 特に指示はされていない <input type="radio"/> (5) その他 ()
■ 受診頻度 : <input type="radio"/> ① 週1回 ・ <input checked="" type="radio"/> ② 月1回 ・ <input type="radio"/> ③ その他 ()	

問6. 病院で医療費の領収書(医療機関発行)を受け取りましたか？

(1) はい → 領収書、診療費明細書のコピーを提出してください。 / (2) いいえ (受け取らない理由:)

以上のとおり相違ありません。また、今回申請した(第二家族)療養費について、保険給付の支給決定をするための参考として、当健保組合が医療機関及び関係機関に照会することに同意します。

山崎製パン健康保険組合 理事長 殿 令和○○年○○月○○日 (申請者名) 健康 太郎