

装具作製確認書

あなたが医療機関にて医師の指示により作製された装具に対し、給付金支給決定に必要な為、受診状況等を教えてください。

- 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、サイズ表示、ロゴ等あればその箇所の写真)
- 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。記入・署名・押印を忘れずにご提出ください。
- ④ 給付金支給決定は、本書及び別途行う主治医への照会などを基に総合的判断となるので、時間を要する場合があります。

(1) 記号一番号	(2) 被保険者名	(3) 受診者名
(4) 本疾病に対し初めて受診した日(初診日)	(5) 装具を作製することが決まった日	(6) 装具を装着した日(納品日)
平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日

問1. 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) 初めて作製した(問2へ) ① いつ頃作製されましたか？ 平成 年 月 頃	② 以前作製した装具は どうされましたか？ (a) 現在も使用している (b) 装具業者へ返却した↓ (c) 廃棄した→(年 月 日)	③ 今回の作製した装具は、 どちらに該当されますか？ (a) 改めて作製した (b) 以前作製した装具を修理した
--	--	---

問2. 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) (2) 持っていない
---	------------------------------------

問3. 主治医からどのような目的の装具だと説明を受けられましたか？(複数回答可)

(1) 患部の支持・矯正・固定・免荷 (2) 痛みや症状の緩和(除痛) (3) リハビリ時に必要	(4) 再発防止・予防 (5) 運動時(スポーツ)に必要 (6) 受けていない	(7) その他 ()
--	---	----------------

問4. 作製した装具は、誰の指示・意思で決められましたか？

(1) 主治医の指示で決めた (2) 自分で決めた・医師に作製依頼をした (3) 装具製作会社の言われる通りに決めた	(4) 装具製作会社の勧めで決めた (5) その他 ()
--	-------------------------------------

問5. 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プスを巻き、石膏で型を取ったり、足型版を踏み込んだりと、「型」を取るようなことを行った ⇒ ① どこで測りましたか？ 病院内 / 装具業者 ② 何回、測りましたか？ __回 ③ 誰が測りましたか？ 主治医・病院関係者 / 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 どこで測りましたか？ 病院内 / 装具業者 ② 何回、測りましたか？ __回 ③ 誰が測りましたか？ 主治医・病院関係者 / 装具業者	(3) 既製品の装具をS/M/Lのサイズから選ぶため、メジャーで簡単に測った ⇒ (誰が測りましたか? → 医師 / 看護師 / 装具業者) (4) その他 ()
--	--	---

問6. 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？

(1) 自宅安静 (2) 運動(スポーツ)を控えるように指示された (3) 運動(スポーツ)をする際に装具装着するように指示された	(4) 特に指示はされていない (5) その他 ()
■ 受診頻度 : ① 週1回 ・ ② 月1回 ・ ③ その他 ()	

以上のとおり相違ありません。

この療養費申請について、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

平成 年 月 日 (受診者名)

(印)

ご協力ありがとうございました。

☑ **申請時提出書類の確認** ((1) ~ (5) の書類を揃えて健康保険組合へ申請して下さい。)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> (1) 療養費支給申請書
<input type="checkbox"/> (2) 医師の意見書、装具装着証明書 | <input type="checkbox"/> (3) 装具製作会社の領収書
<input type="checkbox"/> (4) 装具作製確認書(本書) | <input type="checkbox"/> (5) 購入された装具の写真 |
|--|---|---|

装具作製確認書

あなたが医療機関にて医師の指示により作製された装具に対し、給付金支給決定に必要な為、受診状況等を教えてください。

- 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、サイズ表示、ロゴ等あればその箇所の写真)
- 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。記入・署名・押印を忘れずにご提出ください。
- ④ 給付金支給決定は、本書及び別途行う主治医への照会などを基に総合的判断となるので、時間を要する場合があります。

(1) 記号一番号 116-100	(2) 被保険者名 健保 太郎	(3) 受診者名 健保 ゆう
(4) 本疾病に対し初めて受診した日(初診日) 平成30年6月1日	(5) 装具を作製することが決まった日 平成30年6月16日	(6) 装具を装着した日(納品日) 平成30年6月24日

問1. 装具は今回初めて作製されましたか？

<input checked="" type="radio"/> (1) 以前も作製したことがある (①~③へ) <input type="radio"/> (2) 初めて作製した (問2へ) ① いつ頃作製されましたか？ 平成 28 年 10 月頃	<input type="radio"/> (2) 以前作製した装具は どうされましたか？ (a) 現在も使用している (b) 装具業者へ返却した ↓ <input checked="" type="radio"/> (c) 廃棄した → (30 年 6 月 20 日)	<input type="radio"/> (3) 今回の作製した装具は、 どちらに該当されますか？ <input checked="" type="radio"/> (a) 改めて作製した (b) 以前作製した装具を修理した
--	--	--

問2. 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)

(2) 持っていない

問3. 主治医からどのような目的の装具だと説明を受けられましたか？ (複数回答可)

(1) 患部の支持・矯正・固定・免荷
 (4) 再発防止・予防
 (7) その他
 (2) 痛みや症状の緩和(除痛)
 (5) 運動時(スポーツ)に必要
 (3) リハビリ時に必要
 (6) 受けていない

問4. 作製した装具は、誰の指示・意思で決められましたか？

(1) 主治医の指示で決めた
 (4) 装具製作会社の勧めで決めた
 (2) 自分で決めた・医師に作製依頼をした
 (5) その他
 (3) 装具製作会社の言われる通りに決めた
 ()

問5. 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プスを巻き、石膏で型を取ったり、足型版を踏み込んだりと、「型」を取るようなことを行った
 ⇒ ① どこで測りましたか？ 病院内 / 装具業者
 ② 何回、測りましたか？ 1 回
 ③ 誰が測りましたか？ 主治医・病院関係者 / 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 どこで測りましたか？ 病院内 / 装具業者
 ② 何回、測りましたか？ 回
 ③ 誰が測りましたか？ 主治医・病院関係者 / 装具業者

(3) 既製品の装具をS/M/Lのサイズから選ぶため、メジャーで簡単に測った ⇒ (誰が測りましたか? → 医師 / 看護師 / 装具業者)

(4) その他 ()


問6. 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？

(1) 自宅安静
 (4) 特に指示はされていない
 (2) 運動(スポーツ)を控えるように指示された
 (5) その他
 (3) 運動(スポーツ)をする際に装具装着するように指示された
 ()

■ 受診頻度 : ① 週1回 ・ ② 月1回 ・ ③ その他 ()

以上のとおり相違ありません。

この療養費申請について、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

平成 30 年 7 月 20 日 (受診者名) 健保 ゆう  (印)

ご協力ありがとうございました。

申請時 提出書類の確認 ((1) ~ (5) の書類を揃えて健康保険組合へ申請して下さい。)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> (1) 療養費支給申請書 | <input type="checkbox"/> (3) 装具製作会社の領収書 | <input type="checkbox"/> (5) 購入された装具の写真 |
| <input type="checkbox"/> (2) 医師の意見書、装具装着証明書 | <input type="checkbox"/> (4) 装具作製確認書 (本書) | |