装　具　作　製　確　認　書

あなたが医療機関で受診した際、医師の指示により作製された治療用装具について
給付金の支給決定に必要なため、受診状況等を教えてください。
※小児弱視等の治療用眼鏡については、この装具作製確認書は不要です。

① 確認書の質問について該当する項目にレ点を記入してください。
その他の場合は記述にてお答えください。
購入された装具の種類によって、質問内容が異なります。
領収書に記載されている装具の種別が、

▶「**既製品**」の場合　➡　「**確認書Ⓐ**」へ

▶「**オーダーメイド**」の場合　➡　「**確認書Ⓑ**」へ

★ 領収書に「既製品/オーダーメイド」の記載がない場合、療養費の申請書類として不備があるため受付できません。
購入された装具業者へ、領収書の記載不備についてご連絡ください。

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。
署名を忘れずに記入しご提出ください。

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。

◆ 故意に虚偽の申請、回答を行い、健康保険の適用を受けることは犯罪となる場合がありますので、事実に基づいて書類記載をお願いします。

日本発条健康保険組合

確認書Ⓐ「既製品（完成品）」

(1) 記号－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　(適合日)
令和　　年　　月　　日	令和　　年　　月　　日	令和　　年　　月　　日

Ⓐ-1. 装具を受け取る際の状況について教えてください。

(1)義肢装具士が立ち会いましたか？	→	☐ 立ち会った	☐ 立ち会っていない	☐ その他（　　）
(2)装具は、どこで受け取りましたか？	→	☐ 医療機関	☐ 装具店	☐ その他（　　）
(3)装具の代金は、いつ支払いましたか？	→	☐ 納品前	☐ 納品当日	☐ 納品日以降
(4)装具代金は誰に支払いましたか？	→	☐ 医療機関 窓口	☐ 装具業者	☐ その他（　　）
(5)装具の領収書は誰から受け取りましたか？	→	☐ 医療機関 窓口	☐ 装具業者	☐ その他（　　）

Ⓐ-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) **サイズ選択の方法について教えてください。**（レ点をする項目に矢印「→」がある場合は右側にある設問までお答えください）

☐ メジャーで測った　→　誰が測定しましたか？　☐ 医師　☐ 看護師　☐ 装具業者　☐ その他（　　）

☐ 型を取った　→
- ①どこで型を取りましたか？　☐ 病院内　☐その他（　　）
- ②何回、型を取りましたか？　＿＿＿＿回
- ③誰が型をとりましたか？　☐ 医師　☐ 看護師　☐ 装具業者　☐ その他（　　）

☐ 試着した

☐ 何も行わなかった

☐ その他（　　）

(2) **受け取った装具は、装具業者によってオーダー加工が施してありますか？**

☐ 加工はされていない　☐加工を施してある →（どのような加工ですか？　　）

Ⓐ-3. 装具は今回初めて作製されましたか？

☐ 以前も購入したことがある　☐ 初めて購入した

Ⓐ-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。

☐ 持っている（※手帳のコピー添付）　☐ 持っていない

Ⓐ-5. 装具を作製する際、誰の指示によって作製されましたか？

☐ 主治医　☐ 自分で決め医師に依頼　☐ 装具業者　☐ その他（　　）

☐ 治療法(固定方法)を選択した(ギプスか装具かで選択等) →（詳細：　　）

Ⓐ-6. 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？

☐ 患部の支持・矯正・固定・免荷　☐ 痛みや症状の緩和　☐ リハビリ時に必要　☐ 再発防止・予防

☐ 受けていない　☐ その他（　　）

Ⓐ-7. 装具装着期間中、以前と同じ様に運動・ スポーツ(部活動)を行っていますか？

☐ 行っている　☐ 行っていない　☐ その他（　　）

Ⓐ-8. 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？

☐ 自宅安静　☐ 運動を控えるように指示された　☐ 運動する際に装具装着するように指示された

☐ 特に指示はされていない　☐ その他（　　）

Ⓐ-9. 装具装着後、次回の来院指示について医師からはどのような指示を受けていますか？

☐ 週１回受診　☐ 月１回受診　☐ なし　☐ その他（　受診予定日等　　月　　日　）

Ⓐ-10. 医療費(医療機関発行)の領収書を受け取りましたか？	**Ⓐ-11. 医療機関から文書料の請求はありましたか？**	**Ⓐ-12. 装具の広告･リーフレットや取扱説明書はありましたか？**
☐ いいえ / ☐ はい (※)	☐ なかった / ☐ あった (※)	☐ なかった / ☐ あった (※)

※ 領収書、診療費明細書、装具のリーフレット、説明書等のコピーの提出を求める場合があります。

以上のとおり相違ありません。

また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。

令和　　年　　月　　日　（申請者名）

日本発条健康保険組合

確認書Ⓑ 「オーダーメイド」

(1) 記号－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 （適合日）
令和　　年　　月　　日	令和　　年　　月　　日	令和　　年　　月　　日

Ⓑ-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、 装具作製において、一番最初に行ったところはどこですか？**

☐ 靴店（装具業者）　☐ 医療機関　☐ その他（　　）

(2) **装具を作製する際、誰の指示によって作製されましたか？**

☐ 主治医　☐ 自分で決め医師に依頼　☐ 装具業者　☐ その他（　　）

☐ 治療法(固定方法)を選択した(ギプスか装具かで選択等) →（詳細：　　）

(3) **装具を受け取る際の状況について教えてください。**

① 義肢装具士が立ち会いましたか？	→	☐ 立ち会った	☐ 立ち会っていない	☐ その他（　　）
② 装具は、どこで受け取りましたか？	→	☐ 医療機関	☐ 装具店	☐ その他（　　）
③ 装具の代金は、いつ支払いましたか？	→	☐ 納品前	☐ 納品当日	☐ 納品日以降
④ 装具代金は誰に支払いましたか？	→	☐ 医療機関 窓口	☐ 装具業者	☐ その他（　　）
⑤ 装具の領収書は誰から受け取りましたか？	→	☐ 医療機関 窓口	☐ 装具業者	☐ その他（　　）

Ⓑ-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？（レ点をする項目に矢印「→」がある場合は右側にある設問までお答えください）

☐ 型を取った →
- (1) どのように型を取りましたか？
  - ☐ 患部やその周囲にギプスを巻き石膏で取った　☐ 足型版(ﾌｯﾄﾌﾟﾚｯｼｮﾝﾌｫｰﾑ)を踏込んで取った
- (2) どこで型を取りましたか？　☐ 病院内　☐ その他（　　）
- (3) 何回、型を取りましたか？　＿＿＿＿回
- (4) 誰が型をとりましたか？　☐ 医師　☐ 看護師　☐ 装具業者　☐ その他（　　）

☐ メジャーで細かく測った　→　誰が測定しましたか？　☐ 医師　☐ 看護師　☐ 装具業者　☐ その他（　　）

☐ 何も行わなかった　☐ その他（　　）

Ⓑ-3. 装具は以前にも作製されたことがありますか？

☐ いいえ　☐ はい　→　(1) 前回はいつごろ作製されましたか？　年　月ごろ

(2) 今回作製した装具は、どちらですか？　☐改めて作製した　☐以前作製した装具を修理した

Ⓑ-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。

☐ 持っている（※手帳のコピー添付）　☐ 持っていない

Ⓑ-5. 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？

☐ 患部の支持・矯正・固定・免荷　☐ 痛みや症状の緩和　☐ リハビリ時に必要　☐ 再発防止・予防

☐ 受けていない　☐ その他（　　）

Ⓑ-6. 装具装着期間中、以前と同じ様に運動・ スポーツ(部活動)を行っていますか？

☐ 行っている　☐ 行っていない　☐ その他（　　）

Ⓑ-7. 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？

☐ 自宅安静　☐ 運動を控えるように指示された　☐ 運動する際に装具装着するように指示された

☐ 特に指示はされていない　☐ その他（　　）

Ⓑ-8. 装具装着後、次回の来院指示について医師からはどのような指示を受けていますか？

☐ 週１回受診　☐ 月１回受診　☐ なし　☐ その他（　受診予定日等　　月　　日　）

Ⓑ-9. 医療費(医療機関発行)の領収書を受け取りましたか？	Ⓑ-10. 医療機関から文書料の請求はありましたか？	Ⓑ-11. 装具の広告･リーフレットや取扱説明書はありましたか？
☐ いいえ / ☐ はい (※)	☐ なかった / ☐ あった (※)	☐ なかった / ☐ あった (※)

※ 領収書、診療費明細書、装具のリーフレット、説明書等のコピーの提出を求める場合があります。

以上のとおり相違ありません。

また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。

令和　　年　　月　　日　（申請者名）

日本発条健康保険組合

令和6年12月更新

治療用装具の写真について

(1) 撮影方法について

- キリトリ線以下の 「装具作製確認書 別添 作製した装具の写真」を装具の横に置いて、下記の方向および箇所について撮影して下さい。

① 正面

② 裏側（正面の反対側）

③ 右側

④ 左側

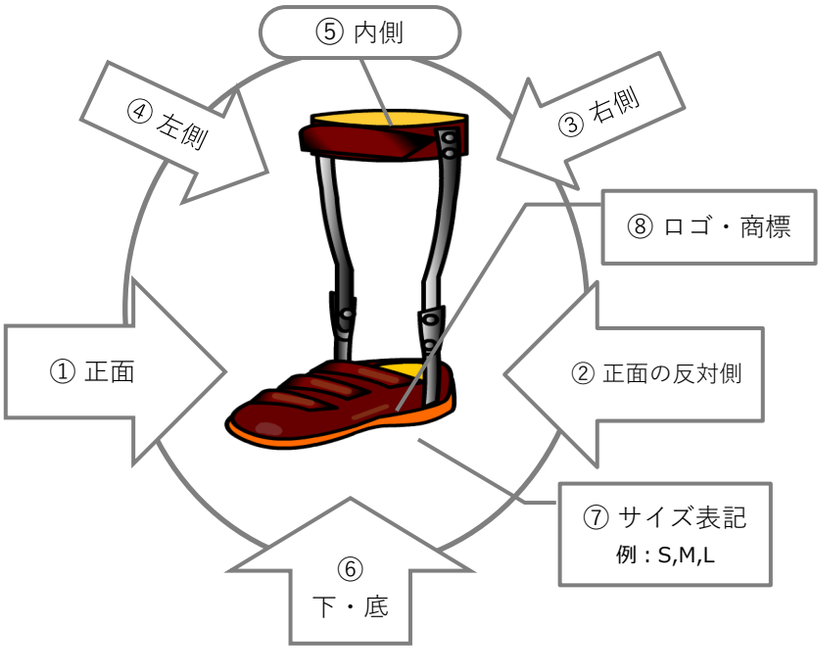
⑤ 内側

⑥ 下・底

⑦ サイズ表記（ある場合）

⑧ ロゴ・商標等（ある場合）

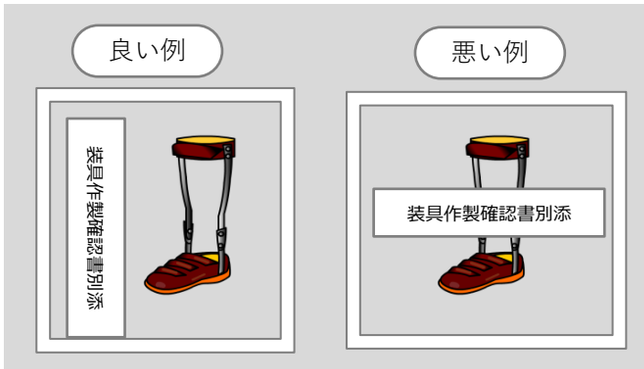
⑨ 取り扱い説明書・製品箱（ある場合）



【 ご注意 】

＊「装具作製確認書 別添 作製した装具の写真」の紙が治療用装具を隠すことがないように撮影して下さい。

＊出来上がった写真にはっきりと文字がわかるように下記の紙には濃くご記入ください。



＊写真プリント以外に、A4用紙でカラー出力していただいても結構です。

✂ キ リ ト リ ✂

装具作製確認書 別添 作製した装具の写真

(1) 記号　　番号	(2) 被保険者名	(3) 受診者名
―		
(4) 医師意見書に記載の治療用装具名	(5) 装具を装着した日（納品日）	(6) 装具を撮影した日
	年　　月　　日	年　　月　　日

日本発条健康保険組合