

治療用装具を作製された方へ（最初によくお読みください）

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の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 装具作製確認書は、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 → ”装具作製確認書④「既製品（完成品）」”へ

▶ 「オーダーメイド」の場合 → ”装具作製確認書⑤「オーダーメイド」”へ

★ 質問は、該当する項目に✓点をし、その他は記述にてお答えください。

★ 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。

※下記「撮影のポイント」参照

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。署名も忘れずをお願いします。

④ 給付金の支払い決定については、装具作製確認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、給付金の支払い決定まで、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。

撮影のポイント

下記の方向 及び 箇所が確認できるよう撮影してください。

① 正面

② 裏側（正面の反対側）

③ 横側
（左右で形状が大きく異なる場合は左右両方）

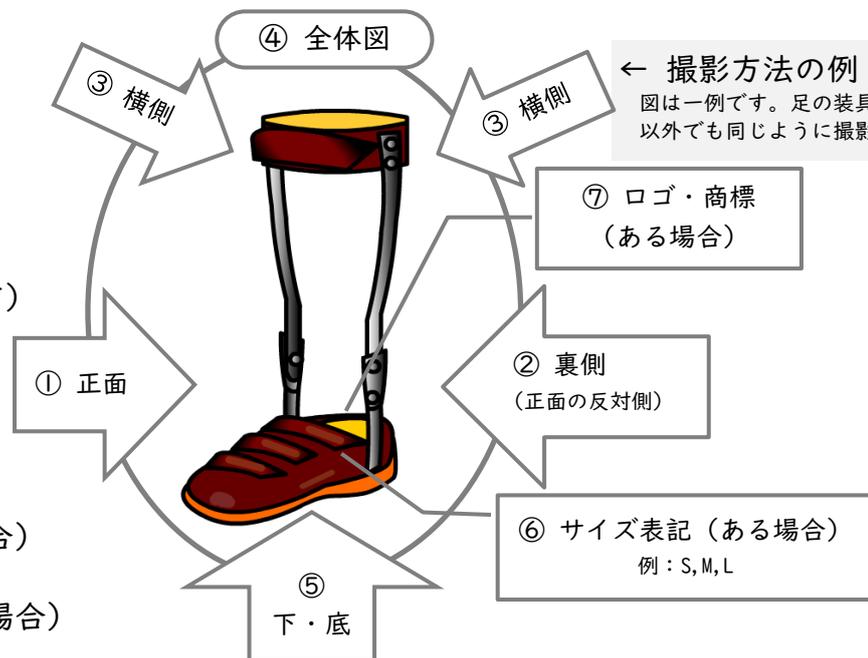
④ 全体図

⑤ 下・底

⑥ サイズ表記（ある場合）

⑦ ロゴ・商標等（ある場合）

⑧ 取り扱い説明書・製品箱（ある場合）



装具作製 確認書① 「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) 年 月 日	(5) 装具を作製することが決まった日 年 月 日	(6) 装具を装着した日(適合日) 年 月 日

④-1. 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？	→	<input type="checkbox"/> 立ち会った	<input type="checkbox"/> 立ち会わなかった	<input type="checkbox"/> その他 ()	
(2) 装具は、どこで受け取りましたか？	→	<input type="checkbox"/> 医療機関	<input type="checkbox"/> 装具店	<input type="checkbox"/> その他 ()	
(3) 装具の代金は、いつ支払いましたか？	→	<input type="checkbox"/> 納品前	<input type="checkbox"/> 納品当日	<input type="checkbox"/> 納品日以降	<input type="checkbox"/> その他 ()
(4) 装具代金は誰に支払いましたか？	→	<input type="checkbox"/> 医療機関 窓口	<input type="checkbox"/> 装具業者	<input type="checkbox"/> その他 ()	
(5) 装具代金はどのように支払いましたか？	→	<input type="checkbox"/> 現金・クレジットカード*	<input type="checkbox"/> 振込	<input type="checkbox"/> その他 ()	
(6) 装具の領収書は誰から受け取りましたか？	→	<input type="checkbox"/> 医療機関 窓口	<input type="checkbox"/> 装具業者	<input type="checkbox"/> その他 ()	
(7) 医師が装具装着の確認を行いましたか？	→	<input type="checkbox"/> 確認を行った	<input type="checkbox"/> 確認を行わなかった	<input type="checkbox"/> その他 ()	

④-2. 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。

<input type="checkbox"/> メジャー	→ 誰が測定しましたか？	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 装具業者	<input type="checkbox"/> その他 → ()
<input type="checkbox"/> 試着	→	①どこで型を取りましたか？ <input type="checkbox"/> 病院内 <input type="checkbox"/> その他 ()			
<input type="checkbox"/> 採型をした		②何回、型を取りましたか？ <u> </u> 回			
<input type="checkbox"/> 何も行わなかった		③誰が型をとりましたか？ <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 装具業者 <input type="checkbox"/> その他 ()			
<input type="checkbox"/> 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？

<input type="checkbox"/> 加工はされていない (開封時の状態である)	/	<input type="checkbox"/> 加工を施してある どのような加工が施されていますか？	→ ()
---	---	--	-------

④-3. 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

④-4. 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

④-5. 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 治療法(固定方法)を選択し装具を作製
(例:ギブスカ装具かて選択 等)

その他 ()

④-6. 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？

→ 具体的な指示事項をお書きください【回答例】(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)受けていない

④-7. 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 ()

④-8. 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(スポーツ)を控えるように指示された 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

特に指示はされていない その他 ()

④-9. 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？

(1) 受診頻度 : 週1回 月1回 その他 ()

(2) 装具の受け取り日以降、受診しましたか？ → 受診した 受診予定はない 受診する予定 (月 日)

④-10. 以下を受け取りましたか？

(1) 医療費(医療機関発行)の領収書を受け取りましたか？ → いいえ / はい ⇒ 「はい」の場合はコピーを添付

(2) 装具の広告・リーフレットや取扱説明書を受け取りましたか？ → いいえ / はい

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。

河合楽器健保組合 理事長 殿

年 月 日 (申請者名)

