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等を〇で囲んでください。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。(装具の正面・裏側・左右や、サイズ表記、ロゴ等あればその箇所の写真)⇒別紙参照
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。忘れずに、ご署名(自筆)してください。
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ありますのでご了承ください。

(1)記号・番号(不明なときはマイナンバーを記入)	(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)
令和　年　月　日	令和　年　月　日	令和　年　月　日

問1. 本疾病に対し、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)	②以前作製された装具は どうされましたか？	③今回の作製した装具は どちらに該当されますか？
①いつ頃作製されましたか？ 年　月　日 頃	(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)	(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しております

(1)持っている(※手帳のコピー添付) → 補装具申請を行わなかった理由 [　　]
(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)日常生活の補装具
(6)受けていない
(7)その他 (例:靴を履くときに使用、運動時に着用 等) [　　]

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、医師に作製依頼をした
(3)装具製作会社に言われた通りに決めた
(4)治療法(固定方法)を選択し装具を作製(例:ギプスか装具かで選択 等)
(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、装具業者が患部やその周囲にギプス包帯を巻いて、石膏で型を取った
(2) 装具を身体に合わせて、スポンジと発泡スチロールを合わせたようなウレタンを踏み込む等して、足型を採った
⇒ ①どこで取りましたか？ 病院内 / 装具業者　②何回、型を取りましたか？ ___回　③誰が型を取りましたか？ 主治医・病院関係者 / 装具業者
(3)装具を身体に合わせて、装具業者が患部やその周囲の各所をメジャーで細かく測った
(4)既製品(完成品)装具を S/M/L のサイズから選ぶため、メジャーで簡単な測定を行った
→ 誰が測定しましたか？ ⇒ 医師 / 看護師 / 装具業者
(5)何も行わなかった
(6)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)をする際に装具を装着するように指示された
(4)装着予定期間 (　年　月まで)
(5)医師に特に指示されたこと
ある(具体的な内容:　　)
ない

◆受診頻度 : ①週1回　②月1回　③その他 (　　)

問7. 医療機関から受け取った領収書について

保険適用外の負担(実費)はありましたか？

(1) はい → ※医療機関の領収書、明細書のコピー添付
(2) いいえ

以上のとおり、相違ありません。また、健康保険法に基づく保険給付の支給決定を行うにあたり、当健保組合が必要に応じて関係機関(医療機関、装具業者等)に対して照会・依頼を行うこと、関係機関が回答・提出を行うことに同意します。
なお、本書の写しも有効とします。

キリンビール健康保険組合 理事長 殿

令和　年　月　日

被保険者住所

被保険者氏名(自筆)

治療用装具の写真撮影および提出について

◆撮影方法について　下記の方向や箇所について撮影してください。

①正面（表）	**装具全体が確認できるよう撮影**
	・膝・足首のサポーターは装具を装着した状態
	・靴に挿入するタイプの装具（中敷き等）については靴から取り出す
②側面	**横から装具全体が確認できるよう撮影**
	・左右どちらか一方向でよい
③裏側（正面と反対側）	**裏から装具全体が確認できるよう撮影**
④下・底	
⑤全体図	
⑥ロゴ・商標、サイズ表記	**左記の物がある場合は内容が読み取れるように撮影**
⑦取扱説明書、その他付属品等	**左記の物がある場合は内容が読み取れるように撮影**（説明書はコピー可）

※上記方法を参考にし、どのような装具か分かるように①～⑤のうち3枚以上を撮影してください。⑥、⑦については、あれば追加で撮影してください。撮影した写真については、現像またはプリントアウトして用紙に貼り付けていただき、療養費（治療用装具）支給申請書と一緒に提出をお願いします。請求内容と現物を照合するため、ご協力をお願いします。

被保険者等　記号・番号 （不明なときはマイナンバーを記入）	被保険者氏名	受診者氏名
－		
作製した治療用装具名		

【以下に写真貼付】　（足りない場合は裏面または別紙にて提出してください）