

装具作製確認書

あなた（又は被扶養者）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決定に必要なため、受診状況等についてご回答をお願いいたします。

- 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願います。
- ② 作製された装具の写真を添付してください。（装具の上下左右、サイズ表示やロゴ等があればその箇所の写真も願います）
- ③ 必要に応じて主治医に診療内容の文書照会等を行いますので、別紙「同意書」に署名・押印のうえご提出願います。
- ④ 本書及び別途行う主治医への照会等を基に総合的に判断することから、給付金支払決定まで時間を要する場合がございますが、あらかじめご了承ください。

保険証記号 番号	被保険者氏名	受診者氏名
—		
医療機関の初診日	装具を装着する事が決まった日	装具を装着した日
年 月 日	年 月 日	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（※下記設問↓①～③にもご回答願います）
- (2) 初めて作製した（問2へ）
 - ① いつごろ作製されましたか？ 平成 年 月頃
 - ② 以前作製され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 返却時期 平成 年 月頃
 - (c) 廃棄した 廃棄時期 平成 年 月頃
 - ③ 今回作製した装具は次の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) 障害者手帳はお持ちですか？

※障害者総合支援法による補装具支給の対象になるか判断する為、確認させていただいております

- (1) 持っている（※お手数ですが、手帳の写しを添付してください）
- (2) 持っていない

問3) 主治医からは、どのような目的の装具だと説明を受けましたか？（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) リハビリに必要
- (4) 再発防止・予防
- (5) 運動時（スポーツ）に必要
- (6) 説明を受けた覚えはない
- (7) その他

※裏面もご記入願います

問4) どなたの指示・意思で、装具を作製されましたか？

- (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) 装具作製業者に言われた通りに決めた
- (4) 装具作製業者に勧められて決めた
- (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為、患部やその周囲にギプスを巻いて、石膏で型を採ったり、足型板を踏み込んだりと、「型」を採るような事を行った
- (2) 装具を身体に合わせてオーダーメイドする為、患部やその周囲の各所をメジャーで細かく測った
- (3) 既製品（完成品）装具をS・M・Lサイズから選ぶ為、メジャーで簡単な測定を行った 測定したのはどなたですか？→ 医師／看護師／装具業者
- (4) 何も行わなかった
- (5) その他

問6) 装具装着後の療養にあたって、主治医からはどんな指示や注意を受けましたか？

- (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) 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

平成 年 月 日 申請者名 ㊟

ご協力ありがとうございました

申請時添付書類の確認 (1)～(5)の書類を揃えて健保組合へ申請してください

- (1) 療養費支給申請書
- (2) 医師の意見（指示）書・装具装着（確認）証明書<原本>
- (3) 装具作製業者発行の領収証<原本>
- (4) 購入された装具の写真（装具の上下左右、サイズ表示・ロゴ等あればその箇所）
- (5) 同意書