

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 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 ➡ 「回答書①」提出

▶ 「オーダーメイド」の場合 ➡ 「回答書②」提出

★ 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連絡してください

- ② 作製された装具の写真を添付資料B「装具に関する報告書（写真）」＜帳票No.217-01＞にてご提出下さい。

（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。

回答書への署名を忘れずにご提出ください。

- 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。

回答書④ 「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？	→	① 立ち会った	② 立ち会わなかった	③ その他 (_____)
(2) 装具は、どこで受け取りましたか？	→	① 医療機関	② 装具店	③ その他 (_____)
(3) 装具の代金は、いつ支払いましたか？	→	① 納品前	② 納品当日	③ 納品日以降 ④ その他 (_____)
(4) 装具代金は誰に支払いましたか？	→	① 医療機関 窓口	② 装具業者	③ その他 (_____)
(5) 装具代金はどのように支払いましたか？	→	① 現金・クレジットカード	② 振込	③ その他 (_____)
(6) 装具の領収書は誰から受け取りましたか？	→	① 医療機関 窓口	② 装具業者	③ 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。

① メジャー	→ 誰が測定しましたか？	① 医師	② 看護師	③ 装具業者	④ その他 → (_____)
② 試着	→	① どこで型を取りましたか？ ① 病院内 ② その他 (_____)			
③ 採型をした		② 何回、型を取りましたか？ _____ 回			
④ 何も行わなかった		③ 誰が型をとりましたか？ ① 医師 ② 看護師 ③ 装具業者 ④ その他 (_____)			
⑤ 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？

① 加工はされていない (開封時の状態である)	/	② 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？

① 以前も購入したことがある	② 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。

① 持っている (※手帳のコピー添付)	② 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？

① 主治医	② 自分で決め、医師に依頼	③ 装具業者	④ 治療法(固定方法)を選択し装具を作製 (例:ギプスカ装具かで選択 等)
⑤ 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？

① 行っている	② 行っていない	③ 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？

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 (_____)		

④-9. 装具装着後、次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 : ① 週1回 ② 月1回 ③ その他 (_____)
(2) 装具の受け取り日以降、受診しましたか？ → ① 受診した ② 受診予定はない ③ 受診する予定 (____ 月 ____ 日)

④-10. 医療費(医療機関発行)の領収書を受け取りましたか？	④-11. 医療機関から文書料の請求はありましたか？	④-12. 装具の広告・リーフレットや取扱説明書はありましたか？	※領収書、診療費明細書、装具の広告・リーフレット、説明書(メーカー・製品名が明記されている部分)のコピーを提出して下さい。
① いいえ / ② はい (※)	① なかった / ② あった (※)	① なかった / ② あった (※)	

以上のとおり相違ありません。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。また、医療機関及び関係機関が内容照会の回答することに同意します。

豊田合成健保組合 理事長 殿 (申請者名 (被保険者))

____年 ____月 ____日

回答書⑧ 「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)
年 月 日	年 月 日	年 月 日

⑧-1. 装具の作製経緯について教えてください。

(1) 装具を作製するきっかけを教えてください (例) 継続的に受診し、装具を作製することになった、装具業者の勧め 等

(2) 靴・インソールを購入した場合のみ

➡ 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？

①靴店
(装具業者)

②医療機関

③その他 ()

(3) 納品時の状況について

① 装具を作製する際、誰の指示によって作製されましたか？

①主治医

②自分で決め、医師に依頼

③装具業者

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 ()

② 装具を受け取る際の状況について教えてください。

- ▶ 義肢装具士が立ち会いましたか？ → ①立ち会った ②立ち会わなかった ③その他 ()
- ▶ どこで受け取りましたか？ → ①医療機関 ②装具店 ③その他 ()
- ▶ 装具の代金は、いつ支払いしましたか？ → ①納品前 ②納品当日 ③納品日以降 ④その他 ()
- ▶ 装具代金は誰に支払いしましたか？ → ①医療機関 窓口 ②装具業者 ③その他 ()
- ▶ 装具代金はどのように支払いしましたか？ → ①現金・クレジットカード ②振込 ③その他 ()
- ▶ 装具の領収書は誰から受け取りましたか？ → ①医療機関 窓口 ②装具業者 ③その他 ()

⑧-2. 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) 採型をした (オーダーメイドで作製するために型を取った (a) or (b))

- (a) 患部やその周囲にギプスを巻き、石膏で「型」を取った はい / いいえ
- (b) 足型版(フットプレッションフォーム)を踏み込み、「型」を取った はい / いいえ

①どこで型を取りましたか？

①病院内

②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？

①医師

②看護師

③装具業者

④その他 ()

(2) 採寸をした (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 誰が測定しましたか？

①医師

②看護師

③装具業者

④その他 ()

(3) 何も行わなかった

(4) その他 ()

⑧-3. 装具は今回初めて作製されましたか？

①以前も購入したことがある
(↓ ①～②へ)

②初めて購入した

①いつ頃作製されましたか？

年 月 頃

②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

⑧-4. 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。

①持っている

(※手帳のコピー添付)

②持っていない

⑧-5. 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？

➡ 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

⑧-6. 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？

①行っている

②行っていない

③その他 ()

⑧-7. 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？

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 ()

⑧-8. 装具装着後、次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

① 週1回

② 月1回

③ その他 ()

(2) 装具の受け取り日以降、受診しましたか？

①受診した

②受診予定はない

③受診する予定 (月 日)

⑧-9. 医療費(医療機関発行)の領収書を受け取りましたか？

①いいえ / ② はい (※)

⑧-10. 医療機関から文書料の請求はありましたか？

①なかった / ② あった (※)

⑧-11. 装具の広告・リーフレットや取扱説明書はありましたか？

①なかった / ② あった (※)

※領収書、診療費明細書、装具の広告・リーフレット、説明書(メーカー・製品名が明記されている部分)のコピーを提出して下さい。

以上のとおり相違ありません。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。また、医療機関及び関係機関が内容照会の回答することに同意します。

豊田合成健保組合 理事長 殿

(申請者名 (被保険者))

年 月 日