

装具作製確認書

2枚中の1枚目

あなた(または被扶養者)が保険医療機関で受診し、医師の指示により作製された装具に対する給付金支給(支払)決定に必要なため、受診状況等についてご回答のうえ、療養費等支給申請書に添付してください。提出がない場合は審査ができないため支給ができません。

- ① 下記質問について該当する番号等を○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(カラープリンター印字も可)を添付してください。(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・押印を忘れずにご提出ください。
- ④ 審査・決定については本書および別途行う主治医への照会や医療機関の受診状況等を元に総合的に判断するため、支給決定までに時間を要します。申請書到着後、4～6ヶ月後の支給となりますので、ご了承ください。※審査内容によっては6ヶ月以上かかる場合もあります。

健康保険証の記号・番号 —	被保険者の氏名	受診者の氏名
このたびの装具作製について、以下回答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、当健康保険組合が必要に応じて関係機関(官公庁、保険医療機関、装具業者など)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いたします。かつ、この書面は写しも有効であることに同意いたします。 <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> Ｊ-オイルミルズ健康保険組合 理事長 殿 <p style="text-align: right;">(自署した場合は押印不要です) 被保険者(申請者)署名 ㊞</p>		

本疾病に対し初めて受診した日(初診日)	装具を作製することが決まった日	装具を装着した日(納品日)
平成・令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日

問1. 装具の作製経緯について

1. 装具を作製するきっかけについて、具体的に記述してください。

2. 納品時の状況について

① 装具を作製する際、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 | 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) |
| 2) 自分で決めた・医師に作製依頼をした | 5) その他(具体的に記述) |
| 3) 装具製作会社の言われる通りに決めた | |

② 装具を受け取る際の状況について

- | | | | |
|-----------------|-----------|-------------|-----------|
| ・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) 保険医療機関 | 2) 装具店 | 3) その他() |

③ 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()

④ 装具代金は誰に支払いしましたか 1) 保険医療機関窓口 2) 装具業者 3) その他()

3. **靴・インソールを購入した場合のみ回答要** →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) 保険医療機関 3) その他()

問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. 装具を身体に合わせてオーダーメイドするために、患部やその周囲にギプスを巻いて、石膏で型を取ったり、足型板を踏み込んだりするなど、「型」を取るようなことを行った

- | | | |
|-------------------------|--------|----------------|
| ① どこで型を取りましたか | 1) 病院内 | 2) 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 | 1) 医師 | 2) 看護師 3) 装具業者 |

2. 装具を身体に合わせて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

- ・誰が測りましたか 1) 医師 2) 看護師 3) 装具業者

3. 既製品(完成品)装具をS/M/L のサイズから選んだ

- | | | |
|---|--------------------------------------|----------------------|
| ① | (1) メジャーで簡単な測定を行った→誰が測りましたか | 1) 医師 2) 看護師 3) 装具業者 |
| | (2) 測定なしで既製品(完成品)装具のサンプルを試着してサイズを選んだ | |
| | (3) 何も行わなかった | |
| ② | 既製品(完成品)の加工はされましたか | 1) 加工有 2) 加工無 |

4. その他 …具体的に記述してください

器具作製確認書

2枚中の2枚目

問3. 主治医からどのような目的の器具である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	4. 再発防止・予防	7. その他 具体的に記述(例:運動する時に着用 等)
2. 痛みや症状の緩和(除痛)	5. 日常生活の補助具	[]
3. リハビリ時に必要	6. 説明を受けていない	
問4. 器具は今回初めて作製されましたか		
1. 同じ理由(傷病)で作製したことがある(①~③へ) 2. 別の理由(傷病)で作製したことがある(問5へ) 3. 初めて作製した(問5へ)		
① 前回はいつ頃作製しましたか (平成・令和 年 月 日頃)	② 以前に作製した器具はどうされましたか 1) 現在も使用している 2) 器具業者へ返却した 3) 廃棄した(平成・令和 年 月 日頃)	③ 今回の作製した器具は、どちらに該当しますか 1) 改めて作製した 2) 以前作製した器具を修理した
問5. 作製(修理)した器具の数を教えてください		
() 着 内訳があれば、左 _____ 着・右 _____ 着		
問6. 今回の器具を作製した受診者は、障がい者手帳・医療受給者証・療育手帳等をお持ちですか (障害者総合支援法による補装具費の対象ではないか等、他法での支給についての可否判断を行うため、障害者手帳や療育手帳等の有無を確認させて頂いております)		
1. 持っている(※手帳等の写しを添付) → 障害者総合支援制度へ補装具申請を行わなかった理由について下記枠内に詳しく記述してください。 ↓		
2. 持っていない		
問7. 器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(複数回答可)		
1. 常時、器具装着するように指示された	5. 特に指示はされていない	
2. 運動(スポーツ)をする際に器具装着するように指示された	6. その他 具体的に記述	
3. 患部を安静にしておくように指示された		
4. 運動(スポーツ)を控えるように指示された		
問8. 器具作製の指示があった後、どのくらいの頻度で受診するよう言われましたか(予定含む)		
1. 週1回 2. 月1回 3. 受診の必要はないと言われた 4. その他()		
問9. 医療費(保険医療機関発行)の領収書は発行されましたか (器具の領収書ではなく、器具を装着する原因となった傷病にかかる領収書です)		
1. いいえ → なぜ領収書が発行されなかったのでしょうか(発行されなかった理由について記述してください)		
2. はい → <u>器具が必要と診断された日</u> の領収書および診療費明細書の写しを提出して下さい …同時に提出いただけます「医師の意見書および装着証明書(交付料無料の書類)」に記入されている 医師が器具の装着が必要と認めると証明した日付の領収書および診療費明細書の写し		

※提出前に回答もれが無いように、再確認をお願いします。未回答の項目がある場合は、返送のうえ再提出いただくこととなりますので、今一度確認ください。

※本書類を健保へ提出後、器具申請に関してお尋ねする場合がありますので、よろしくをお願いします。

※この書類は、次の①~⑥とともに提出いただく書類です。

- ①療養費等支給申請書
- ②器具の領収書原本
- ③器具の種類や型番などを付した内訳明細書(領収書原本の裏面に記載の場合有)
- ④医師の意見書および装着証明書(交付料無料の書類)
- ⑤本書類で要請している器具の写真
- ⑥本書類 問9で求めている領収書および診療費明細書の写し

【個人情報取扱いに関して】

本書により取得した個人情報は、保険給付の支給決定(関係機関への照会含む)にのみ利用いたします。

ご協力ありがとうございました。