

## 装 具 作 製 確 認 書

あなた(または被扶養者)が医療機関を受診し、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項目にレ点を記入してください。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ください。(別紙「療養費(治療用装具)支給申請用写真撮影方法と提出方法」参照)
- ③ 必要に応じて主治医に診療内容の文章照会を行います。別紙「同意書」に記入・署名のうえご提出ください。
- ④ 給付金支払い決定については、本書及び写真などをもと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。
- ⑤ 医師に装具の製作を薦められた場合でも、健保組合の判断により、療養費の給付対象とならないことがあります。

記号番号 -	被保険者名	受診者名
本疾病に対して初めて受診した日 令和 年 月 日	装具を作製することが決まった日 令和 年 月 日	装具を装着した日(納品日) 令和 年 月 日
問1. 装具は今回初めて作製されましたか？		
<input type="checkbox"/> 以前も作製したことがある(①~③へ) <input type="checkbox"/> 初めて作製した(問2へ) <input type="checkbox"/> ①いつごろ作製されましたか？ 令和 年 月頃	②以前作製した装具は どうされましたか？ <input type="checkbox"/> 現在も使用している <input type="checkbox"/> 装具業者へ返却した <input type="checkbox"/> 廃棄した→(令和 年 月)	③今回作製した装具は どちらに該当しますか？ <input type="checkbox"/> 改めて作製した <input type="checkbox"/> 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？ <small>(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いただきます。)</small>		<input type="checkbox"/> 持っている(手帳のコピー添付) <input type="checkbox"/> 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)		
<input type="checkbox"/> 幹部の支持・矯正・固定・免荷 <input type="checkbox"/> 痛みや症状の緩和(除痛) <input type="checkbox"/> リハビリ時に必要	<input type="checkbox"/> 再発防止・予防 <input type="checkbox"/> 運動時(スポーツ)に必要 <input type="checkbox"/> 受けていない	<input type="checkbox"/> その他 [ ]
問4. 作製した装具は、誰の指示・意志で決められましたか？		
<input type="checkbox"/> 主治医の指示で決めた <input type="checkbox"/> 自分で決めた・医師に作製依頼をした <input type="checkbox"/> 装具製作会社の言われる通りに決めた		
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？		
<input type="checkbox"/> 装具を体に合わせてオーダーメイドで作成するために型を取った。 ①どのように型を取りましたか？ <input type="checkbox"/> 幹部や周囲にギプスを巻き、石膏で型を取った <input type="checkbox"/> 足型版(フットインプレッションフォーム)を踏み込んで「型」を取った <span style="background-color: #FFDAB9; padding: 2px;">フットインプレッションフォーム使用例</span>		
②どこで型を取りましたか？ <input type="checkbox"/> 病院内 <input type="checkbox"/> その他( ) ③何回型を取りましたか？ _____ 回 ④誰が型を取りましたか？ <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"/> 装具を体に合わせてオーダーメイドするために、患部やその周辺の箇所をメジャーで細かく測ったり、患部を紙に当て、トレースした <input type="checkbox"/> 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 ①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"/> 何も行わなかった <input type="checkbox"/> 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？		
<input type="checkbox"/> 自宅安静 <input type="checkbox"/> 特に指示はない <input type="checkbox"/> 運動(スポーツ)を控えるよう指示された <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 運動(スポーツ)の際に装具を装着するように指示された ■医療機関の受診頻度: 週一回 / 月一回 / その他( )		
以上のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right;">(申請者名) _____</div>		
フジ日本健康保険組合 理事長殿		

- 申請時 提出書類の確認((1)から(7)の書類を揃えて健康保険組合へ申請してください)
- |                    |                 |                 |
|--------------------|-----------------|-----------------|
| (1) 療養費支給申請書       | (4) 装具作製確認書(本書) | (7) ケガの場合、負傷原因届 |
| (2) 医師の意見書、装具装着証明書 | (5) 購入された装具の写真  |                 |
| (3) 装具製作会社の領収書     | (6) 同意書         |                 |

フジ日本健康保険組合  
理事長 殿

## 同意書

私は、健康保険法に基づく私に対する保険給付の支給可否決定に関する調査のため、貴組合が必要とする事項(私の個人情報を含む)について、関係する官公署・医療機関等に対して、貴組合が照会・依頼を行い、回答・提供を受けることについて同意いたします。

また、上記照会・依頼を行うにあたり、貴組合が当該機関に対して、必要な範囲内で照会・依頼に関する説明を行うことについて了承いたします。

後日、本件について貴組合に対して一切の異議・請求等の申し立てを致しません。

なお、本書の写しも有効と致します。

同意日 令和 年 月 日

記号番号

住所

被保険者氏名(自書)

受診者名

※装具購入が被扶養者の場合ご家族の氏名を記入してください

## 療養費(治療用装具)支給申請用写真撮影方法と提出方法

### 〈目的〉

作製された装具が領収明細書のとおりで作製されているか、確認を行うために写真が必要です。装着した状態の写真は、オーダーメイド品であるかどうかの確認を行うために必要です。また、全体像の他、素材、本体と一体となっていて見分けが難しい加算部分についても判断するため、装具のみの状態も含め、4枚～6枚程度の写真の添付をお願いします。

### 〈撮影方法〉

作製された装具により撮影方法が異なります。

【靴型装具・足底装具】(※下肢装具の中でも申請件数が多いので特記します。)

- 装着した状態で、①正面、②側面(外くるぶし側)、③背面(後方)、
  - 装具のみの状態で、④底外側(地面に接する側)、⑤底内側(肌に接する側)
- ※装具が両足の場合、側面からの写真は左右どちらか一方の写真を添付  
底側の写真は左右揃えた写真を添付



※タグ、ロゴ・商標等、取扱説明書、その他付属品がある場合はそれらの写真も添付  
(①～⑤に写っている場合は別途必要ありません)

【上肢装具、体幹装具、下肢装具等】

- 装着した状態で、①正面、②背面(後方)、装具のみの状態で③正面、④内側(肌に接する側)
  - 下肢装具で足底部分を含む場合は加えて、
  - 装具のみの状態で⑤底外側(地面に接する側)⑥底内側(肌に接する側)
- ※タグ、ロゴ・商標等、取扱説明書、その他付属品がある場合はそれらの写真も添付  
(①～⑥に写っている場合は別途必要ありません)



【9歳未満の子どもが使用する、「弱視、斜視、先天性白内障術後」等の治療に必要だと医師が判断し処方した眼鏡およびコンタクトレンズ】

○写真の添付は必要ありません。

### 〈補足事項〉

- ・肌が露出する場合は、服の上から装着した状態で撮影してください。
- ・タグ、ロゴ・商標等、取扱説明書、その他付属品が複数ある場合はすべての品を撮影して下さい。
- ・装具の形状がはっきりと確認できない場合は、再提出をお願いすることがございます。

### 〈提出先〉

- ・申請書に添付して頂くほか、スマートフォン等で撮影した写真の画像データを健康保険組合までメール送信頂くことも可能です。メールアドレスは事業所のご担当者にご確認ください。
- メールを送る時には、被保険者記号番号、申請者名、作製装具名を本文内に入力してください。