

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 7×× - ×××	被保険者名 健保 太郎	受診者名 健保 太郎
本疾病に対して初めて受診した日 令和 7 年 11 月 23 日	装具を作製することが決まった日 令和 7 年 11 月 23 日	装具を装着した日(納品日) 令和 7 年 11 月 29 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 checked="" type="checkbox"/> 初めて作製した(問2へ)	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
① いつごろ作製されましたか？ 令和 年 月 頃		
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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 フットインプレッションフォーム使用例		
② どこで型を取りましたか？ <input checked="" type="checkbox"/> 病院内 <input type="checkbox"/> その他() ③ 何回型を取りましたか？ 1 回 ④ 誰が型を取りましたか？ <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input checked="" 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 checked="" 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(2週間に1回)		
以上のとおり相違ありません。 令和 7 年 12 月 1 日		
(申請者名) 健保 太郎		
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 | |