

治療用装具購入確認書

(治療用眼鏡・コンタクトレンズの申請時は提出不要)

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 下記質問について該当するものを○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 購入された装具の写真を添付して下さい。(装具の上下左右、サイズ、ロゴマークや製品名の写真、更に装着した時の写真もお願いします。)
※写真の裏面に「保険証記号・番号」「被保険者氏名」「受診者氏名」をご記入ください。
- 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。署名を忘れずにご記入ください。
- 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。

(1) 記号 - 番号	(2) 被保険者名	(3) 受診者名
1 6 0 1 - 1 2 3 4 5 6	健康 太郎	健康 花子

問1. 装具の作製・購入経緯について教えてください。

- (1) 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 医療機関 ☐ ② 装具業者又は靴店等 (令和 年 月 日) ☐ ③ その他 ()
- (2) 納品・購入時の状況について、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 主治医の指示で決めた ☐ ② 自分で決め、医師に作製依頼した ☐ ③ 装具業者の言われる通りに決めた
④ 治療法(固定方法)を選択し装具を作製 (例:ギブスカ装具かで選択 等)
⑤ その他 ()

問2. 購入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)・・・① or ②
① 患部やその周囲にギブスを巻き、石膏で「型」を取った・・・はい / いいえ → ① どこで型を取りましたか？
☒ ② 足型版(フットイン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 ② 誰が型を取りましたか？
医師 / 看護師 / ☒ 装具業者
- (2) 採寸をした(オーダーメイドを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)
▶ 誰が測定しましたか？ 医師 / 看護師 / 装具業者
- (3) 既製品(完成品)装具を購入した。
▶ サイズはどのような方法で選択しましたか？ → ☐ ① メジャー → 誰が測定しましたか？ 医師 / 看護師 / 装具業者
☐ ② 試着 ☐ ③ 何も行わなかった
☐ ④ その他 ()
- (4) 何も行わなかった
(5) その他 ()

問3. 主治医からどのような目的の装具だと説明を受けましたか？(複数選択可)

- ☒ (1) 患部の支持・矯正・固定・免荷 (2) 痛みや症状の緩和(除痛)
(3) 再発防止・予防 (4) 日常生活の補助
(5) 説明は受けていない (6) その他 ()

問4. 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 ()

問5. 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、確認させていただいております。

- (1) 持っている → ※障害者手帳の写しを添付 → 補装具申請を行わなかった理由 →
☒ (2) 持っていない ()

問6. 病院で医療費の領収書(医療機関発行)を受け取りましたか？

- ☒ (1) はい → ※領収書、診療費明細書の写しを添付 (医療機関：装具装着証明書を発行した病院)
(2) いいえ

以上のとおり相違ありません。また、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。

山崎製パン健康保険組合 理事長 殿 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 (被保険者名) 健康 太郎