

治療用装具 写真貼付台紙

- ◎ 写真は枠内に縮小して貼付してください。(作成した装具の形状がわかるよう装着せずに撮影してください)
- ◎ 作製した装具全ての写真を撮影してください。(台紙が2枚以上になっても構いません)
- ◎ 装具の形状、仕様(記載事項)等が確認できない場合は再提出をお願いすることがあります。
- ◎ 装具を加工されている場合、その部分の写真もお願いいたします。

支給決定額	支給決定日	令和	年	月	日	給付記録 入力済印
療養費	円	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者	
	円					

A3で印刷して提出してください。

被保険者
家族

(治療用装具・コルセット等) 療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	①	健康保険証	記号	〇〇	②	住所	〇〇県〇〇市△△…					
			番号	〇〇〇	被保険者 (請求者)	氏名	健保 太郎					
		③	資格取得 年月日	昭和 平成 X 年 X 月 X 日 令和	④	資格喪失 年月日	平成	年	月	日		
		⑤	装具を装着 した者の氏名	健保 太郎		⑥	左記の者の 生年月日	昭和 平成 ××年 ×月 ×日 令和	⑦	続柄	本人	
		⑧	傷病名	左脛骨骨折		⑨	発病又は 負傷の 年月日	平成 令和 ×年 ×月 ××日 (負傷の場合は 15 時頃)	⑩	<input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 労災・通災 <input checked="" type="checkbox"/> どちらでもない		
		⑪	発病又は 負傷の原因	自宅で荷物をかかえながら階段を降りている際に転倒したため。 (いつ、どこで、どうしているときに等、具体的に記入してください。)								
		⑫	診察を受け た病院等	名称	<input type="checkbox"/> 整形外科	担当医氏名	〇〇〇 〇〇〇					
				所在地	〇〇県〇〇市△△…							
		⑬	装具代 支払日	令和	x 年	x 月	x 日	⑭	装具代金	XX,XXX 円		

被保険者証の記号番号	被保険者名	装具を装着した方	作製した装具名
〇〇 - 〇〇〇	健保 太郎	健保 太郎	左短下肢装具

①正面	②-1側面(右側)
-----	-----------

②-2側面(左側)	③裏面(正面の反対側)
-----------	-------------

**説明書記載の撮影方法について
ご確認の上、貼付をお願いいたします。**

確 認 欄	⑮	本申請について、下記の項目を確認しました。	令和 xx 年 xx 月 xx 日
		<input checked="" type="checkbox"/> ①又は②の要件を満たしたものである。	
		①申請者本人(被保険者又は請求者)が作成したものである。	
		②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。	
	<input checked="" type="checkbox"/> HP「給付に関する事項」等、個人情報保護方針を確認し、同意した。		
	<input checked="" type="checkbox"/> 内容に関し健康保険組合が医療機関等に照会する必要がある場合は同意する。		

(記入上の注意)

- ・ 表題の「被保険者」と「家族」はいずれか該当する文字を○で囲んで下さい。
- ・ ⑮欄は、必ず全ての項目を確認し、チェックを入れて下さい。

(添付書類)

- 【原本】領収証、装具価格の内訳書、医師の意見書
- 【コピー】障害者手帳(お持ちの場合)

(支給決定について)

- ・ 給付金支給については、確認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、決定には時間を要する場合があります。

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。

A3で印刷して提出してください。

- ① 質問について該当する記号を○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を添付して下さい。(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。記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。

(1) 記号-番号 〇〇-XXXX	(2) 被保険者名 健保 太郎	(3) 受診者名 健保 太郎
(4) 本疾病に對し初めて受診した日(初診日) 令和 X 年 X 月 XX 日	(5) 装具を作製することが決まった日 令和 X 年 X 月 XX 日	(6) 装具を着着した日(適合日) 令和 X 年 X 月 XX 日

◎今回作製・購入された装具は、どちらになりますか？ 該当する方の質問についてご回答ください。

A 既製品装具(完成品) B オーダーメイド装具

A 既製品装具(完成品)

A-1. 装具を受け取る際の状況について教えてください。

▶ 義肢装具士が装着(適合)時に立ち会いましたか？ a 立ち会った b 立ち会わなかった c その他 ()

▶ どこで受け取りましたか？ a 医療機関 b 装具店 c その他 ()

▶ 装具の代金は、いつ支払いましたか？ a 納品前 b 納品当日 c 納品日以降(月 日) d その他 ()

▶ 装具代金は誰に支払いましたか？ a 医療機関 窓口 b 装具業者 手渡し c 装具業者 振込 d その他 ()

▶ 装具の領収書は誰から受け取りましたか？ a 医療機関 窓口 b 装具業者 手渡し c 装具業者 郵送 d その他 ()

A-2. 装具のサイズ合わせについて教えてください。

(1) サイズ選択の方法はどのようにされましたか？

①メジャーで測定した → 誰が測定しましたか？ a 医師 b 看護師 c 装具業者 d その他 ()

②試着 ③採型をした ④何も行わなかった 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) ▶ どのような加工が施されていますか？ ※加工部分の写真を台紙に添付のこと

②加工を施してある →

(3) 立ち会った方をお教えてください。(該当全てに○) a 医師 b 看護師 c 装具業者 d その他 ()

A-3. 装具の作製・購入は、誰の指示によるものか教えてください。

a 主治医の指示 b 自分の希望で医師に依頼 c 装具業者の指示

d 治療法【固定方法】を選択し装具を作製(ギプスカ装具かで選択等) e その他 ()

A-4. 主治医からどのような目的の装具だと説明を受けられたか具体的な指示事項を○で選択してください。【複数可】

a 患部の支持 b 患部の矯正 c 患部の固定 d 患部の免荷 e 痛みや症状の緩和(除痛)

f リハビリ時に必要 g 再発防止・予防 h 受けていない i その他 ()

A-5. 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たかを教えてください。

a 自宅安静 b 運動(スポーツ)を控えるように指示された c 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

d 特に指示はされていない e その他 ()

A-6. 装具装着後、次回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るか教えてください。

(1) 受診頻度 a 週1回 b 月1回 c その他 (※◎◎以外の医師の指示内容をご記入ください。) d 特に指示されていない

(2) 装具の受け取り日以降の受診について a 受診した b 受診していない・受診予定はない c 受診する予定 (月 日)

A-7. 医療費(医療機関発行)の領収書を受け取りましたか？ a なかった b あった(※)

A-8. 医療機関から文書料の請求はありましたか？ a なかった b あった(※)

※領収書、診療費明細書のコピーを提出して下さい。

B オーダーメイド装具

B-1. 装具の作製経緯について教えてください。

(1) オーダーメイド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回答してください) 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？ a 靴店(装具業者) b 医療機関 c その他 ()

(3) 納品時の状況について教えてください。

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？

a 主治医の指示 b 自分の希望で医師に依頼 c 装具業者の指示

d 治療法【固定方法】を選択し装具を作製(ギプスカ装具かで選択等) e 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？ a 立ち会った b 立ち会わなかった c その他 ()

▶ どこで受け取りましたか？ a 医療機関 b 装具店 c その他 ()

▶ 装具の代金は、いつ支払いましたか？ a 納品前 b 納品当日 c 納品日以降(月 日) d その他 ()

▶ 装具代金は誰に支払いましたか？ a 医療機関 窓口 b 装具業者 c その他 ()

▶ 装具の領収書は誰から受け取りましたか？ a 医療機関 窓口 b 装具業者 c その他 ()

B-2. 作製した装具のサイズ合わせについて(1)~(4)のいずれかで該当する状況について教えてください。

(1) 採型【オーダーメイドで作製するための型】をした(右質問①②③④を回答)

① aとbどちらの方法で採型しましたか？

a 患部やその周囲にギプスを巻き石膏で「型」を取った b 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

(2) 採寸【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る】をした(右質問④を回答)

② どこで型を取りましたか？

a 病院内 b その他 ()

(3) 何も行わなかった

③ 何回、型を取りましたか？ 回

(4) その他 ()

④ 誰が採型または採寸をされましたか？

a 医師 b 看護師 c 装具業者 d その他 ()

B-3. 装具は今回初めて作製されましたか？

(1) 以前も作製したことがある(右質問①~⑤を回答)	① 傷病名	② 装具名	⑤ 今回の作製した装具はどちらに該当しますか？
	③ 前回の作製はいつですか？	④ 以前作製した装具はどうしましたか？	
(2) 初めて作製した	年 月 頃	⑧ 現在も使用している ⑨ 装具業者へ返却した ⑩ 廃棄した	⑥ 新しく作製した ⑦ 以前の装具を修理した

B-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を確認するため障害者手帳の有無をお伺いします。

a 持っている【手帳の(写)を添付】 ▶ 申請を行わなかった理由を教えてください。

b 持っていない

B-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○で選択してください。(複数可)

a 患部の支持 b 患部の矯正 c 患部の固定 d 患部の免荷 e 痛みや症状の緩和(除痛)

f リハビリ時に必要 g 再発防止・予防 h 受けていない i その他 ()

B-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？

a 自宅安静 b 運動(スポーツ)を控えるように指示された c 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

d 特に指示はされていない e その他 ()

B-7. 装具装着後、次回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 a 週1回 b 月1回 c その他 (※◎◎以外の医師の指示内容をご記入ください。) d 特に指示されていない

(2) 装具の受け取り日以降の受診について a 受診した b 受診していない・受診予定はない c 受診する予定 (月 日)

B-8. 医療費(医療機関発行)の領収書を受け取りましたか？ a なかった b あった(※)

B-9. 医療機関から文書料の請求はありましたか？ a なかった b あった(※)

※領収書、診療費明細書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。 提出日 令和 X 年 X 月 XX 日

MBK連合健康保険組合 理事長 殿

(申請者名) 健保 太郎