

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			給付記録 入力済印
療養費	円	令和	年	月	
A3で印刷して提出してください。		常務理事	マネジャー	リーダー	担当者

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 る と こ ろ	① 被保険者等	記号	100	② 被保険者 (請求者)	住所	〇〇県〇〇市△△…		
		番号	999		氏名	健保 太郎		
	③ 資格取得 年月日	昭和 平成 令和	X 年 X 月 X 日	④ 資格喪失 年月日	平成 令和	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 令和	×× 年	× 月	× 日
	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
	作製装具名	左短下肢装具		(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	□□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	

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。	
	<input checked="" type="checkbox"/>	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。	
	<input checked="" type="checkbox"/>	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。

・ 領収証や添付書類は、原本を提出してください。

(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。

受付日付印

被保険者等記号番号	被保険者名	装具を装着した方	作製した装具名
100 - 999	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)	
④タグ、ロゴ、商標、その他付属品等		⑤サイズ表記	

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。

# 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。署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) 被保険者等記号番号 100-999	(2) 被保険者名 健保 太郎	(3) 受診者名 健保 太郎
(4) 本疾病に対し初めて受診した日(初診日) 令和 × 年 × 月 ×× 日	(5) 装具を作製することが決まった日 令和 × 年 × 月 ×× 日	(6) 装具を装着した日(適合日) 令和 × 年 × 月 ×× 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？	<input checked="" type="radio"/> a 立ち会った	<input type="radio"/> b 立ち会わなかった	<input type="radio"/> c その他 ( )
▶ どこで受け取りましたか？	<input checked="" type="radio"/> a 医療機関	<input type="radio"/> b 装具店	<input type="radio"/> c その他 ( )
▶ 装具の代金は、いつ支払いしましたか？	<input type="radio"/> a 納品前	<input checked="" type="radio"/> b 納品当日	<input type="radio"/> c 納品日以降( 月 日) <input type="radio"/> d その他 ( )
▶ 装具代金は誰に支払いしましたか？	<input type="radio"/> a 医療機関 窓口	<input checked="" type="radio"/> b 装具業者 手渡し	<input type="radio"/> c 装具業者 振込 <input type="radio"/> d その他 ( )
▶ 装具の領収書は誰から受け取りましたか？	<input type="radio"/> a 医療機関 窓口	<input checked="" type="radio"/> b 装具業者 手渡し	<input type="radio"/> c 装具業者 振込 <input type="radio"/> 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？

<input type="radio"/> ①メジャーで測定した	→	▶ 誰が測定しましたか？	<input type="radio"/> a 医師 <input type="radio"/> b 看護師 <input type="radio"/> c 装具業者 <input type="radio"/> d その他 ( )
<input checked="" type="radio"/> ②試着		<input type="radio"/> ③採型をした	<input type="radio"/> ④何も行わなかった <input type="radio"/> 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？

<input checked="" type="radio"/> 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
<input type="radio"/> ②加工を施してある		

(3) 立ち会った方をお教えください。(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。

<input checked="" type="radio"/> a 主治医の指示	<input type="radio"/> b 自分の希望で医師に依頼	<input type="radio"/> c 装具業者の指示
<input type="radio"/> d 治療法【固定方法】を選択し装具を作製(ギプスカ装具かて選択等)	<input type="radio"/> 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】

<input checked="" type="radio"/> a 患部の支持	<input checked="" type="radio"/> b 患部の矯正	<input type="radio"/> c 患部の固定	<input type="radio"/> d 患部の免荷	<input type="radio"/> e 痛みや症状の緩和(除痛)
<input checked="" type="radio"/> f リハビリ時に必要	<input type="radio"/> g 再発防止・予防	<input type="radio"/> h 受けていない	<input type="radio"/> 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。

<input checked="" type="radio"/> a 自宅安静	<input type="radio"/> b 運動(スポーツ)を控えるように指示された	<input type="radio"/> 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
<input type="radio"/> d 特に指示はされていない	<input type="radio"/> e その他 ( )	

A-6. 装具装着後、次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	<input type="radio"/> a 週1回 <input type="radio"/> b 月1回 <input checked="" type="radio"/> c その他 ( ※a以外以外の医師の指示内容をご記入ください。 ) <input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> a 受診した <input type="radio"/> b 受診していない・受診予定はない <input type="radio"/> 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-8. 医療機関から文書料の請求はありましたか？

<input type="radio"/> a なかった <input checked="" type="radio"/> b あった(※)	<input type="radio"/> a なかった <input checked="" type="radio"/> 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？

<input type="radio"/> a 靴店(装具業者)	<input type="radio"/> b 医療機関	<input type="radio"/> 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？

<input type="radio"/> a 主治医の指示	<input type="radio"/> b 自分の希望で医師に依頼	<input type="radio"/> c 装具業者の指示
<input type="radio"/> d 治療法【固定方法】を選択し装具を作製(ギプスカ装具かて選択等)	<input type="radio"/> 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？	<input type="radio"/> a 立ち会った	<input type="radio"/> b 立ち会わなかった	<input type="radio"/> c その他 ( )
▶ どこで受け取りましたか？	<input type="radio"/> a 医療機関	<input type="radio"/> b 装具店	<input type="radio"/> c その他 ( )
▶ 装具の代金は、いつ支払いしましたか？	<input type="radio"/> a 納品前	<input type="radio"/> b 納品当日	<input type="radio"/> c 納品日以降( 月 日) <input type="radio"/> d その他 ( )
▶ 装具代金は誰に支払いしましたか？	<input type="radio"/> a 医療機関 窓口	<input type="radio"/> b 装具業者	<input type="radio"/> c その他 ( )
▶ 装具の領収書は誰から受け取りましたか？	<input type="radio"/> a 医療機関 窓口	<input type="radio"/> b 装具業者	<input type="radio"/> 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)

<input type="radio"/> ① aとbどちらの方法で採型しましたか？	<input type="radio"/> a 患部やその周囲にギプスを巻き石膏で「型」を取った	<input type="radio"/> b 足型版(フット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)

<input type="radio"/> ② どこで型を取りましたか？	<input type="radio"/> a 病院内 <input type="radio"/> b その他 ( )
--------------------------------------	---

(3) 何も行わなかった

<input type="radio"/> ③ 何回、型を取りましたか？	回
--------------------------------------	---

(4) その他 ( )

<input type="radio"/> ④ 誰が採型または採寸をされましたか？	<input type="radio"/> a 医師 <input type="radio"/> b 看護師 <input type="radio"/> c 装具業者 <input type="radio"/> 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		
	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？	⑤ 今回の作製した装具はどちらに該当しますか？	
(2) 初めて作製した	年 月 頃	<input type="radio"/> a 現在も使用している <input type="radio"/> b 装具業者へ返却した <input type="radio"/> c 廃棄した	それはいつですか？ 年 月 頃	<input type="radio"/> a 新しく作製した <input type="radio"/> b 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。

<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 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)

<input type="radio"/> a 患部の支持	<input type="radio"/> b 患部の矯正	<input type="radio"/> c 患部の固定	<input type="radio"/> d 患部の免荷	<input type="radio"/> e 痛みや症状の緩和(除痛)
<input type="radio"/> f リハビリ時に必要	<input type="radio"/> g 再発防止・予防	<input type="radio"/> h 受けていない	<input type="radio"/> 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？

<input type="radio"/> a 自宅安静	<input type="radio"/> b 運動(スポーツ)を控えるように指示された	<input type="radio"/> 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
<input type="radio"/> d 特に指示はされていない	<input type="radio"/> e その他 ( )	

B-7. 装具装着後、次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	<input type="radio"/> a 週1回 <input type="radio"/> b 月1回 <input type="radio"/> c その他 ( ※a以外以外の医師の指示内容をご記入ください。 ) <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> a 受診した <input type="radio"/> b 受診していない・受診予定はない <input type="radio"/> 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？      B-9. 医療機関から文書料の請求はありましたか？

<input type="radio"/> a なかった <input type="radio"/> b あった(※)	<input type="radio"/> a なかった <input type="radio"/> 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 × 年 × 月 ×× 日

MBK連合健康保険組合 理事長 殿      (申請者名)      健保 太郎