

装具作製確認書 ①

今回作製された治療用装具に対する給付金支給の審査において、以下の装具作成確認書①のご回答、および、写真提出(装具作成確認書②に添付、又はメール送信)が必要となります。なお、ご提出がない場合は給付金が支給できません。

- ① 下記質問について該当する番号を○で囲んでください。一部、記述いただく設問もあります。
- 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・押印を忘れずにご提出ください。
- ④ 給付金の決定については、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。

『義眼』『治療用眼鏡』
『弾性着衣』の申請は
確認書①及び
写真提出は不要です！

(1) 記号 - 番号	(2) 被保険者名	(3) 受診者名
(4) 本疾病に対し初めて受診した日(初診日)	(5) 装具を作製することが決まった日	(6) 装具を装着した日(納品日)
平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日

問 1. 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 (①②へ)	① いつ頃作製されましたか？ 平成 年 月 頃	② 今回の作製した装具は、 どちらに該当されますか？
(2) 初めて作製した (問2へ)		(a) 改めて作製した (b) 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？

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頂いております。	(1) 持っている (※手帳のコピー添付) → ① 補装具申請を行わなかった理由	
	(2) 持っていない	

問 3. 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？

(1) 装具を身体に合わせてオーダーメイドするために、患部やその周囲にギプスを巻き、石膏で型を取ったり、足型版を踏み込んだりと、「型」を取るようなことを行った
⇒ (誰が型をとりましたか？ 医師 / 看護師 / 装具業者)

(2) 装具を身体に合わせて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った

(3) 既製品(完成品)装具を購入した。
→ サイズ選択の方法は？

Ⓐ メジャー	→ 誰が測定しましたか？	医師 / 看護師 / 装具業者
Ⓑ 試着	/	Ⓒ 何も行わなかった
Ⓓ その他	()

(4) 何も行わなかった

(5) その他 ()

問 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ましたか？ (複数回答可)

(1) 患部の支持・矯正・固定・免荷	(4) 再発防止・予防	(7) その他 (例：運動時に着用等)
(2) 痛みや症状の緩和 (除痛)	(5) 日常生活の補助具	}
(3) リハビリ時に必要	(6) 受けていない	

問 5. 作製した装具は、誰の指示・意思で決められましたか？

(1) 主治医の指示で決めた	(4) 治療法(固定方法)を選択し装具を作製 (例:ギプスが装具かで選択等)
(2) 自分で決めた・医師に作製依頼をした	(5) その他
(3) 装具製作会社の言われる通りに決めた	()

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？

(1) 自宅安静	(4) 特に指示はされていない
(2) 運動(スポーツ)を控えるように指示された	(5) その他
(3) 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	()
■ 受診頻度 : ① 週1回 ・ ② 月1回 ・ ③ その他 ()	

以上のとおり相違ありません。また、今回申請した療養費について、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。

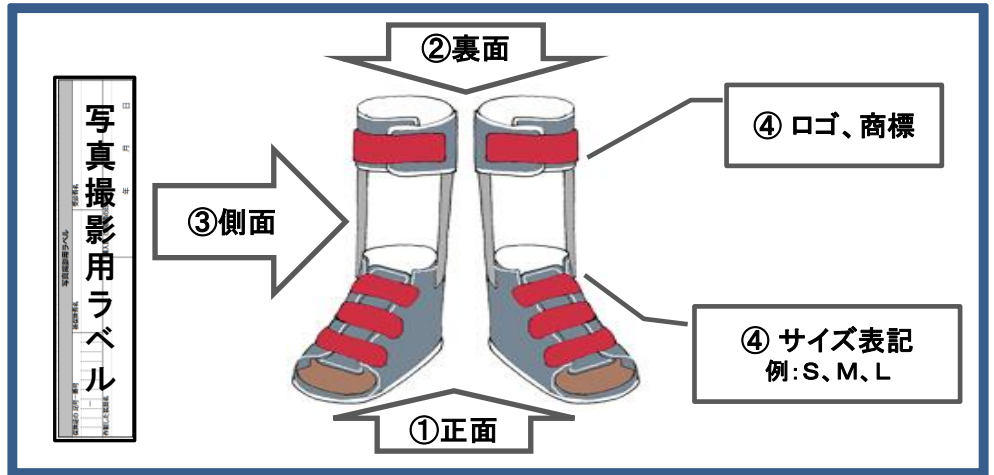
アイシン健保組合 理事長 殿
平成 年 月 日 (申請者名) (印)

(1) 治療用装具の撮影方法について

★デジカメ、携帯・スマホ等で、『正面』『裏面』『側面』『付属品』それぞれ撮影ごとに、キリトリ線以下の【写真撮影用ラベル】を入れて撮影してください。

★撮影枚数は、3～4枚

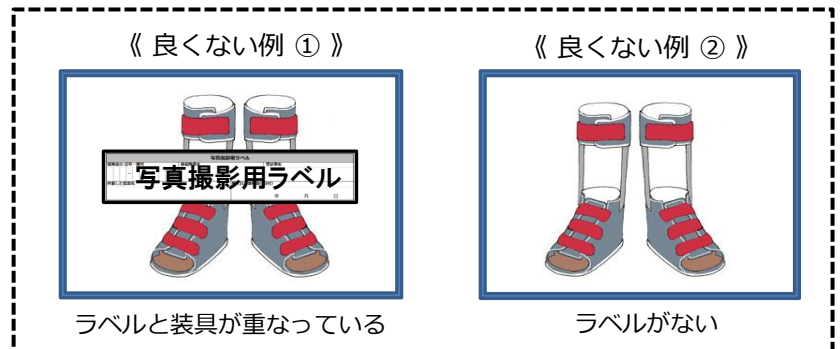
- ① 正面
- ② 裏面 (正面の反対側)
- ③ 側面 (横から)
- ④ 付属品 (ある場合)
 - ・ サイズ表記
 - ・ ロゴ、商標等
 - ・ 取り扱い説明書



★撮影イメージ

下記の撮影用ラベルが、装具に重ならないように撮影してください。

※装具の形状がはっきり確認できない場合は、再提出をお願いする場合がございます。



(2) 撮影した写真の送付について

上記(1)の『治療用装具の撮影方法』を参考に、写真3～4枚をプリント(現像)して、『装具作製確認書 ② 写真張付台紙(表・裏)』の枠内に貼付けて提出してください。

◎写真添付できない方は、下記メールアドレスに送信も可能です。

件名に【保険証記号-番号】を入力。
本文は未入力でも構いません。

◎必ず写真撮影用ラベルとともに撮影をした写真の提出をお願いします。

◎代金を支払った際、受け取った装具全ての写真を撮影してください。

お問い合わせ・宛先

〒446-0057

愛知県安城市三河安城東町2丁目8番地1

アイシン健康保険組合

TEL : 0566-77-8021

メールアドレス : sougu@aisin.co.jp