

* 該当する箇所に☑また記述にてお答えください。

装具作製確認書（治療用眼鏡,弾性着衣については添付不要）			
記号	番号	被保険者氏名	対象者氏名（療養を受けた方）
1.装具を作製した経緯を教えてください。		※詳細を具体的に記入下さい。	
《例：バスケの試合で捻挫をし、整形外科を受診した際に医師から安静にするために装具で固定するように言われた》			
2.装具を作製する際、誰からの指示で作製されましたか？			
☐ 主治医の指示 ☐ 自分で決め、医師に依頼 ☐ 装具業者に勧められて決めた ☐ その他（ ）			
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？		※具体的な指示事項をご記入下さい。	
《例：膝関節を装具で固定することで膝関節の安静を保ち、負担を軽減して治癒を促進するため。》			
4.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？			
☐ オーダーで作製するために型をとった（AまたはB） ☐ A：患部やその周囲にギプスを巻き、石膏で型をとった ☐ B:足型版(フィットインプレッションフォーム) を踏み込み型をとった			
☐ 採寸をした （患部やその周囲の各所をメジャーで測った）			
☐ 試着をした			
☐ 何も行ってない ☐ その他（ ）			
5.誰が型とり・採寸を行いましたか？			
☐ 医師 ☐ 看護師 ☐ 義肢装具士 ☐ その他（ ）			
6.装具を着着する際、義肢装具士が立会いましたか？			
☐ 立ち会った ☐ 立ち会っていない ☐ その他（ ）			
7.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支給の対象になるかを判断する為の確認です***			
☐ 持っていない			
☐ 持っている →障害者手帳の写しを添付してください			
以上の通り相違ありません。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、クボタ健康保険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。			
クボタ健康保険組合 理事長 殿			
令和 年 月 日 （被保険者氏名）_____			

のりしろ（※これより上部にはのり付けしないでください）

装具の写真をのり付して下さい

※実際に作製した装具写真(眼鏡を除く)

※写真がA4サイズの場合は申請用紙にそのまま添付頂けます。

- ・付属品はすべて撮影して下さい。
- ・ロゴやタグ（サイズ表記）がある場合は撮影して下さい。
- ・インソール（中敷き）は靴から取り出し、真上と側面の両方を撮影して下さい。