

被保険者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成された装具に対する給付金支払い決定に必要なため、以下ご回答をお願い致します。

①下記質問について該当する番号を○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審査の過程で証明された医療機関の医師に内容照会をさせていただく場合があります。

下段の同意書にご署名をお願い致します。

③医療機関からの治療内容明細書（レセプト）の内容もあわせて精査するため、審査にお時間をいただく場合があります。

①記号-番号	②被保険者氏名	③受診者氏名
—		
問1. 作製した装具は、誰の指示・意志で決められましたか？		
(1) 主治医の指示 (4) その他 () (2) 自分から装具を作りたいと医師に作製依頼した (3) 装具業者に勧められて決めた		
問2. 主治医からどのような目的の装具であると説明を受けられましたか？		
(1) 患部の支持・矯正・固定・免荷 (4) 再発防止・予防 (7) その他（運動する時に着用等） (2) 痛みや症状の緩和（除痛） (5) 日常生活の補装具 () (3) リハビリ時に必要 (6) 説明を受けていない		
問3. 今回の傷病による装具は、初めて作製されましたか？		
(1) 初めて作製した (2) 以前にも同じ傷病で作製したことがある ⇒「ある」場合は、今回作製した理由を具体的にご記入ください。 ()		
問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？		
(1) 患部やその周囲を石膏で型を取ったり、足型板を踏み込んで「型」取りを行った (2) 患部やその周囲をメジャー等で細かく測った (3) その他 ()		
問5. 誰が型とり・採寸を行いましたか？		
(1) 医師 (2) 看護師 (3) 義肢装具士		
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ましたか？		
(1) 常時、装具装着するよう指示された (4) 患部を安静にしておくよう指示された (2) 運動（スポーツ）をする際に装具装着するよう指示された (5) 特に指示はされていない (3) 運動（スポーツ）を控えるよう指示された (6) その他 ()		
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健康保険組合が医療機関等及び関係機関等に照会すること、併せて医療機関等及び関係機関が回答することに同意します。かつ、この書面は写しも有効であることに同意します。		
*自署の場合は押印不要 三菱健康保険組合 理事長 殿 年 月 日 被保険者署名 印		

ご協力ありがとうございました

【個人情報取扱いに関して】本書により知り得た個人情報は、療養費支給申請書の内容点検及び当健康保険組合の事務処理についてのみ使用し、他の目的には一切使用いたしません。