

療養費として給付金支給(支払)するために、以下の項目の確認が必要です。つきましては、受診状況等についてご回答ください。

◎別紙「療養費(治療用器具)の申請について」をご確認のうえ申請してください。

(1) 記号 — 番号 205 — 1511		(2) 被保険者氏名 積水 明夫	(3) 受診者氏名 積水 明夫
(4) 本疾病に対し初めて受診した日(初診日) <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 ○年 3月 20日		(5) 器具作製の指示があった日 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 ○年 5月 20日	
		(6) 器具を装着した日(納品日) <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 ○年 5月 27日	
問1. 作製することになった理由(経緯)をお聞かせください。 <input checked="" type="checkbox"/> 1.主治医の指示 <input type="checkbox"/> 2.自分から医師に作製依頼 <input type="checkbox"/> 3.器具業者に勧められて決めた <input type="checkbox"/> 4.その他 ()			
問2. 主治医からどのような目的の器具であると説明を受けていますか?(複数回答可) <input checked="" type="checkbox"/> 1.患部の支持・矯正・固定・免荷 <input type="checkbox"/> 2.痛みや症状の緩和(除痛) <input type="checkbox"/> 3.リハビリ時に必要 <input type="checkbox"/> 4.再発防止・予防 <input type="checkbox"/> 5.日常生活の補助具 <input type="checkbox"/> 6.説明を受けていない <input type="checkbox"/> 7.その他(例:運動する時に着用 等) ()			
問3. 今回の理由(傷病)による器具は、初めて作製されましたか? <input checked="" type="checkbox"/> 1.初めて作製した(問4へ) <input type="checkbox"/> 2.以前にも同じ理由(傷病)で作製したことがある(①~③へ)			
① 前回はいつ頃作製されましたか? <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 頃		② 以前に作製した器具はどうされましたか? <input type="checkbox"/> a. 現在も使用している <input type="checkbox"/> b. 器具業者へ返却した()年 月 日頃 <input type="checkbox"/> c. 廃棄した(<input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日頃)	
③ 今回作製した器具は、どちらに該当しますか? <input type="checkbox"/> a. 改めて作製した <input type="checkbox"/> b. 以前作製した器具を修理した			
問4. 作製(修理)した器具の数を記入してください。 1 着(内訳あれば: 左) _____ 着 右) 1 着)		問5. 作製、装着した器具名(既製品の場合はメーカー名も記入) (右膝器具両側支柱付き) 既製品のとき (_____) メーカー名 (_____)	
問6. 作製した器具のサイズ合わせは、どのように行いましたか? <input type="checkbox"/> 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」を取った ① 誰が型を取りましたか? <input type="checkbox"/> a. 医師 <input type="checkbox"/> b. 看護師 <input type="checkbox"/> c. 義肢装具士 ② 何回、型を取りましたか? _____ 回) <input checked="" type="checkbox"/> 2.患部やその周囲をメジャーで細かく測った ⇒ 誰が測りましたか? <input type="checkbox"/> a. 医師 <input type="checkbox"/> b. 看護師 <input checked="" type="checkbox"/> c. 義肢装具士 <input type="checkbox"/> 3.測定なしでサンプルを試着してサイズを選んだ、またはカタログで選んだ <input type="checkbox"/> 4.義肢装具士が既製品を加工して合わせた <input type="checkbox"/> 5.その他 ()			
問7. 器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?(複数回答可) <input checked="" type="checkbox"/> 1.常時、器具装着するように指示された <input checked="" type="checkbox"/> 4.運動(スポーツ)を控えるように指示された <input type="checkbox"/> 2.運動(スポーツ)をする際に器具装着するように指示された <input type="checkbox"/> 5.特に指示はされていない <input checked="" type="checkbox"/> 3.患部を安静にしておくように指示された <input type="checkbox"/> 6.その他 ()			
問8. 器具装着後は、どのくらいの頻度で受診するよう言われましたか?(予定含む) <input checked="" type="checkbox"/> 1. 週 (1 回) <input type="checkbox"/> 2. 月 (_____ 回) <input type="checkbox"/> 3.受診の必要はないと言われた <input type="checkbox"/> 4.その他 ()			
問9. 障害者手帳(療育手帳、身体障害者手帳)をお持ちですか? <input type="checkbox"/> 1.持っている(※手帳のコピーを添付してください) ⇒ 認定傷病名 <input checked="" type="checkbox"/> 2.持っていない(問11へ) ↳ ()			
問10. 障害者総合支援制度(補器具費申請)を知っていますか? <input type="checkbox"/> 1.知っている ⇒ 障害者総合支援制度へ補器具申請を行わなかった理由(必ず記入) <input type="checkbox"/> 2.知らない ↳ ()			
問11. 別紙「療養費(治療用器具)の申請について」の支給条件を確認したうえでの申請ですか? <input checked="" type="checkbox"/> 1.はい <input type="checkbox"/> 2.いいえ			
<p>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セキスイ健康保険組合が、医療機関及び関係機関に照会すること、併せて医療機関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。</p> <p>セキスイ健康保険組合 理事長殿</p> <p style="text-align: right;">令和 ○年 6月 7日 被保険者署名 積水 明夫</p>			

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。