

[受取人] ()

569-1124
大阪府高槻市南芥川町

20150

発行 平成 27年 11月

様

5633



整骨院・接骨院の保険診療についての受診照会

あなた様やご家族様が整・接骨院で受けられた施術について、下記の事項を照会させていただきます。お手数ですが、太線の枠内についておわかりになる範囲でご記入のうえ、**11月14日までに** 必ずご返送くださいますようお願い申し上げます。なお、この照会は健康保険法第59条の規定に基づいて行うものであり、アンケートではございません。

<p style="text-align: center;">【個人情報の取り扱いに関して】</p> <p>1. この照会状は、被保険者並びにご家族の皆様を受診に関するお問い合わせであることをご認識いただき、またその回答が個人情報保護法による情報主体から直接収集するケースであることをご理解いただいたうえでご回答くださいますようよろしくお願いいたします。</p> <p>2. この受診照会により知り得た個人情報は、療養費支給申請書の受療内容点検および健康保険の事務処理に限定して使用し、他の目的には一切使用いたしません。</p> <p style="margin-top: 20px;">【照会元】 【業務受託先】</p> <p style="text-align: right;">健康保険事務センター 個人情報保護担当者</p>	<p style="text-align: center;">《記入日、氏名、連絡先をご記入ください。》</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">(フリガナ)</p> <p>受診者本人 または保護者名</p> <p style="font-size: small;">※受診者が未成年の場合は保護者をご署名ください。</p> <p>連絡先：内容確認の為、後日お電話にてお問い合わせする場合がございますので、平日昼間に連絡可能な電話番号をご記入ください。</p> <p>・携帯電話 () -</p> <p>・勤務先 () -</p> <p>・自宅 () -</p>
---	--

《療養費支給申請書の記載事項についてご確認ください》

下表右側の受診者確認欄(太線枠内)にチェック をして、記載事項が相違する場合には正しい内容をご記入ください。

		受診者確認欄	
		チェック欄	相違のとき正しい内容を記入
保険証記号・番号	-	<input type="checkbox"/>	
受診者名	様	<input type="checkbox"/>	
整骨院・接骨院、又は柔道整復師名	てるてる鍼灸整骨院 様	<input type="checkbox"/>	
受診月または申請月	平成 27年 7月	<input type="checkbox"/>	
受診日数	3 日	<input type="checkbox"/>	
健康保険での自己負担額	960 円	<input type="checkbox"/>	
健康保険組合への請求金額	2,240 円	<input type="checkbox"/>	

《下記照会事項についてご回答ください》

1. 受診された原因について、該当項目にチェック、 および をしてください。

けが / 捻挫・打撲・挫傷(肉離れ)・骨折・不全骨折・脱臼・寝違え・ぎっくり腰

* 負傷日はいつですか 【 年 月 日】

* どこで何をしていた時でしたか ()

* 以下の該当項目にチェック をしてください。

プライベートのけが 通勤途中のけが 業務中のけが……労災認定 有 ・ 無

交通事故のけが【事故日 年 月 日】……健保への届出 した ・ していない

けが以外 / 筋肉疲労・肩こり・五十肩・頸椎症・慢性腰痛・椎間板ヘルニア・関節炎・神経痛・リウマチ・原因不明
その他 ()

* 通院の理由はなんですか ()

裏面に続く

2. 今回の症状について、同じ月に病院（医院）または他の整・接骨院で治療を受けましたか。

他の病院または他の整・接骨院で治療を受けた

* 受診した医療機関をご記入下さい ()

受けていない

3. 現在の状況はいかがですか。

治った【 年 月 日頃】 治療を中止した【 年 月 日頃】

治療中 1) 当該整・接骨院で 2) 病院で 3) 他の整・接骨院で

4. 保険証を使った支払を請求する「療養費支給申請書」の委任欄には署名なさいましたか。

自分で署名した

整骨院・接骨院に署名を依頼した

署名をしないが押印した

署名も押印もしていない

家族が代わりに署名した

覚えていない

5. 署名を求められた際、請求内容の説明がありましたか。

あった

なかった

覚えていない

6. 健康保険の適用範囲の説明がありましたか。

あった

なかった

覚えていない

7. 領収証は受け取りましたか。

毎回受け取る

まとめて受け取る

受け取らない

保険と自費診療分と分けて受け取る

8. おけがをされたのは何箇所ですか。

1箇所

2箇所

3箇所

4箇所以上

9. どんな治療を受けましたか。

手技

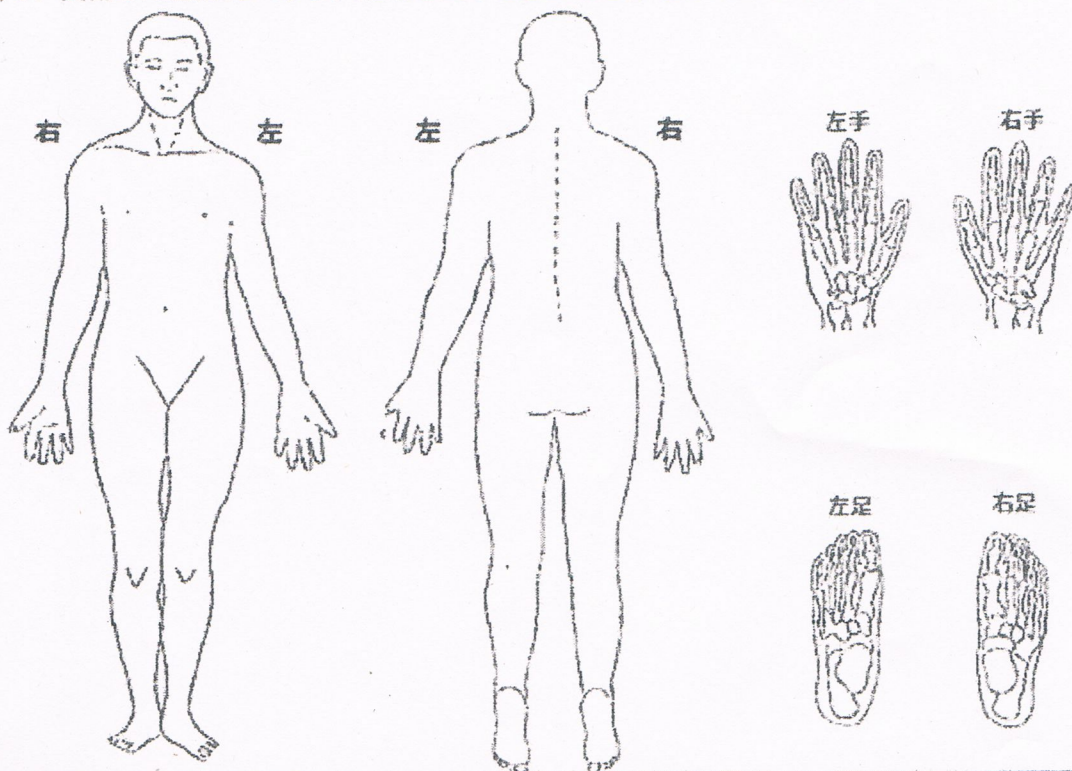
電気治療

治療箇所を温めた

治療箇所を冷やした

その他 ()

10. 下記の図で、負傷した箇所に×印を、治療を受けた箇所に○印を記入してください。



ご記入いただき誠にありがとうございました。
今後とも健康保険組合事業へのご理解とご協力を
何卒よろしくお願い申し上げます。

整骨院・接骨院 のかかり方



みなさんは整骨院・接骨院には健康保険が「使える場合」と「使えない場合」があるのをご存じでしょうか？

健康保険が使える場合

○ 骨折・不全骨折・脱臼

※骨折・脱臼・不全骨折には医師の同意が必要(応急手当の場合を除く)

○ 捻挫

○ 打撲

○ 挫傷(肉離れ等)

健康保険が使えない例

× 日常生活での慢性的な肩こり・筋肉疲労

× 単なるマッサージ代替りの利用

× 脳疾患後遺症などの慢性病や症状の改善が見られない長期の施術

× 保険医療機関で同じ負傷等の治療中のもの



負傷原因を正確に伝えましょう

外傷性の負傷でない場合や、労働災害・通勤災害に該当する場合は、健康保険は使えません。

委任欄への署名(捺印)は自分で書きましょう

①自己負担額 ②受療回数 ③負傷名・負傷原因 ④施術内容を確認して、療養費支給申請書の「委任欄」に自分で署名または捺印しましょう。

領収証をもらいましょう

健康保険組合から発行される医療費通知や受療照会等の書面と、内容を照らし合わせましょう。また、領収証は確定申告の際に所得税の控除の対象となります。大切に保管しましょう。

