

添付文書

〒 114-8501

千葉県

第 0472410003 号 (柔整)

平成 24 年 11 月 21 日

ダイワボウ健康保険組合

様

整骨院・接骨院での受診確認（照会）について

平素は、当健康保険組合の事業運営にご理解とご協力をいただき、誠にありがとうございます。受診確認（照会）は保険給付の適正化を図るとともに、医療費の適正化を図るためのものです。

平成 24 年 8 月分の療養費（治療費）支給基準に基づき、その受診内容について調査させていただきますが、別紙回答用紙にわかる範囲で構

署名のうえ、同封の返信用封筒でご返送くださいますようお願い申し上げます。

なお、支払事務を迅速に進めるため、

回答期限 平成 24 年 12 月 5 日 まで をお願いします。

また、柔整療養費の適正化の大切な組合の資料となりますので、必ずご回答をお願いします。

この調査について疑問、ご質問がありましたら当組合にお問い合わせください。

この調査の発送・回収には、下記委託先が代行および受付しております。

株式会社 コアジャパン 療養費事務センター

TEL 06-6578-0231

受付時間 9:30～17:30（土・日・祝日を除く）

【個人情報に関して】 受診内容の照会により知りえた個人情報は、療養費支給申請書の受診内容点検及び当健康保険組合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。

<参考>

健康保険が適用される場合

- ・急性または亜急性の外傷起因による捻挫、打撲、挫傷
- ・急性または亜急性の外傷起因による骨折、不全骨折、脱臼
(医師の同意のあるもの、応急手当の場合)

健康保険が適用されない場合（保険者が認めたものを除く）

- ・日常生活による単なる疲れや肩こり、体調不良、原因不明の疾病
- ・捻挫、打撲が治ったあとの漫然とした施術、マッサージ代わりの治療
- ・治癒する見込みのない長期間かつ漫然とした施術
- ・交通事故などに起因する疼痛など（交通事故扱いになる場合）
- ・外科・整形外科で治療を受け、同時に柔道整復師に施術を受けている場合
- ・リウマチ、ヘルニア、関節炎、高血圧等、本来医師が治療すべきもの

必ずこの日までに健保に到着するように、回答書に領収書のコピーを添付のうえ、同封の返信用封筒で返送してください。

【要返送】 回答書(表面)

施術内容回答書 I

第 0472410003 号

受診者 _____

施術(治療)年月 平成 24 年 8 月

治療された整骨(接骨)院・柔道整復師名: _____ 整骨院

一部負担金(整骨・接骨院で支払った額) 2574 円

通院日数 11 日

受診された状況をご回答ください。

受診理由	該当する()の中に○を記入してください。				
	() けがをした(外傷性の骨折・脱臼・打撲・捻挫・挫傷(肉離れ))				
負傷状況	() スポーツなどによる筋肉痛				
	() 単なる肉体疲労				
施術状況	() 一度治癒した後に自然に痛くなった				
	() 内科的疾患等の医師の治療すべきもの(リウマチ・脳疾患障害・ヘルニア等)				
状況	() その他()				
	いつ(負傷した日) _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日				
状況	負傷した箇所が複数の場合 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日				
	どこで(負傷場所) 1. 自宅 2. 会社内 3. 道路上 4. その他()				
状況	何をしている時 1. 私用時間 2. 勤務中 3. 通勤途中 4. 事故 5. 第三者行為				
	6. その他()				
状況	どのようになりましたか?負傷時の状態をわかりやすくご記入ください。				
	負傷した原因を整骨・接骨院の方(柔道整復師)に説明されましたか?				
状況	1. 問診表に記載した 2. 口頭で説明した 3. 説明していない 4. 覚えていない				
	今回の負傷で初めて受診された際に以下の項目の説明を受けられましたか?				
状況	受けられた項目に○(複数可)をつけてください。				
	() 日常生活動作上での励行事項や禁止事項(入浴・歩行・就労制限等)の説明				
状況	() 施術方法などの詳細な説明				
	() 受領委任の取り扱い(支給申請書と署名)についての説明 <注1>				
状況	() その他の相談に対する懇切丁寧な回答				
	ご自身で支払った窓口支払額と上記の一部負担金は同じですか? (若干の差異が生じる可能性があります)				
状況	1. ほぼ同じです 2. 覚えていない 3. 違います(具体的に: _____ 円)				
	※領収書は必ず受け取り、診療日数を把握するようにご協力ください。税の控除(医療費控除)に利用できます。				
状況	ご自身が通院された日数と上記の通院日数は同じですか?				
	1. 同じです 2. 覚えていない 3. 違います(具体的に: _____ 日)				
状況	治療を受けた整骨・接骨院または柔道整復師の名前は同じですか?				
	1. 同じです 2. 覚えていない 3. 違います(具体的に: _____)				

全て記入してください

<注1>支給申請書とは、健康保険適用の際に柔道整復師から健康保険組合に提出される請求書、また、その書類には患者本人の確認署名等が必要

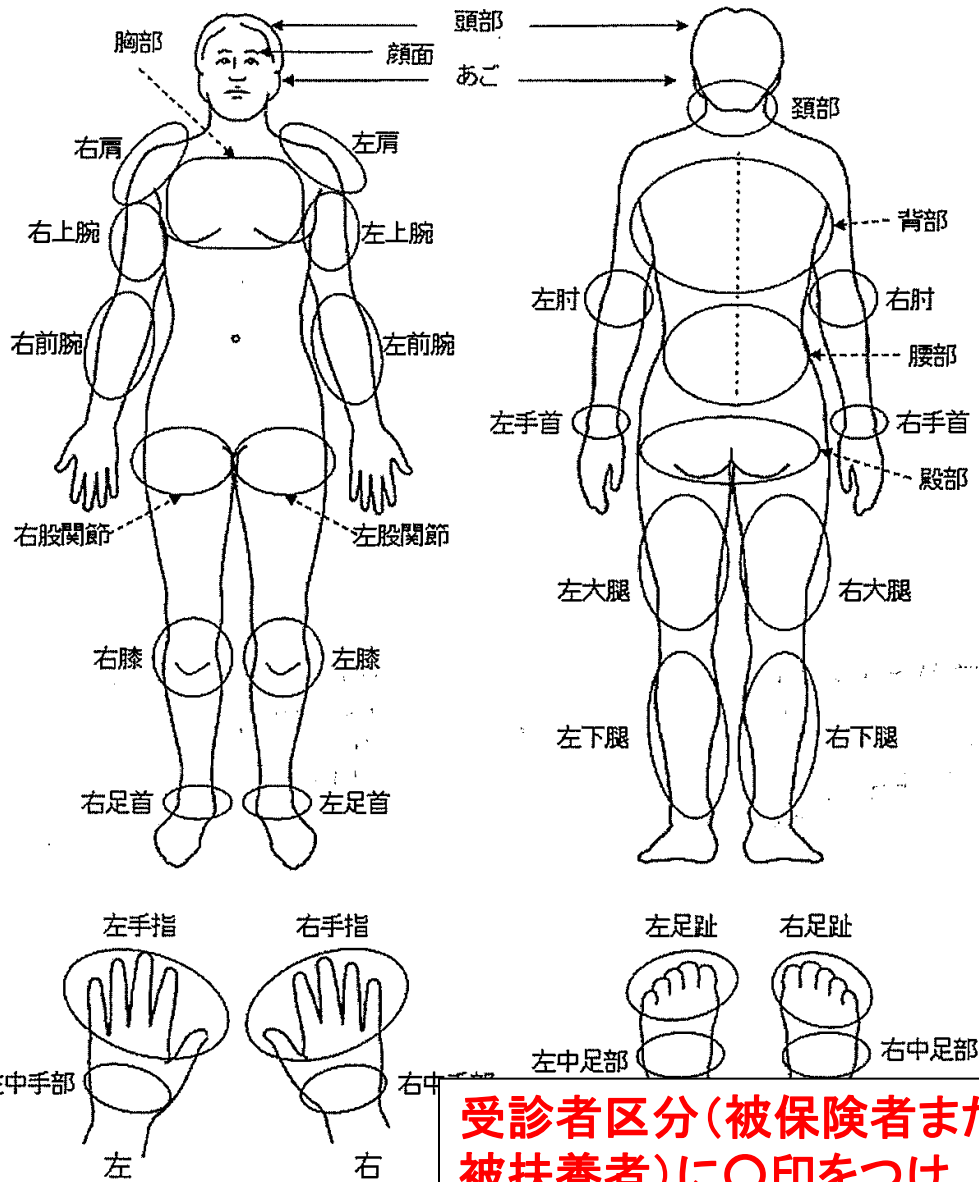
こちらは回答書(両面印刷)の表面です。
裏面(次ページ)も必ず回答してください。



04724100031

【要返送】 回答書(裏面) 施術内容回答書Ⅱ

治療所において治療を受けた部位の○印を黒く塗りつぶしてください。また、該当の治療部位に○印がない場合は、その治療箇所 directly ○印を記入し黒く塗りつぶしてください。(複数箇所の場合、全て記入)



全て記入してください

受診者区分(被保険者または被扶養者)に○印をつけ、
受診者が署名のうえ、
回答日を記入してください。

今回照会した施術内容に関してお気づきの点が

署名欄 (内容をお書きいただきましたらご署名をお願いします。)

(注) 必ず、署名ください。

受診者署名 (被保険者・被扶養者)

平成 年 月 日

ご回答いただき誠にありがとうございました。

表面・裏面とも全て記入し、領収書のコピーを添付して返送ください。