

(通知番号)《照会 ID》
〒《郵便番号》
《住所》
《受療者名》様

令和 年 月 日
(保険者名) 柏市 保険年金課

整骨院・接骨院での施術内容等についての照会

厚生労働省保険局の通知「柔道整復師の施術の療養費の適正化への取り組みについて」及び国民健康法第 66 条及び第 113 条に基づき、施術を受けられた方に内容照会をさせていただいております。

お分かりになる範囲内でできるだけ、ご本人がご回答のうえ 月 日までにご返送お願いいたします。(ご自身でのご記入が難しい場合は、ご家族の方などの代筆も可能です)

(あて先) 柏市 保険年金課

年 月 日

以下のとおり回答いたします。

受療者氏名

代筆の場合 代筆者氏名 受療者との続柄

連絡先 - -

被保険者番号	《被保険者番号》	施術を受けられた方確認欄 (合っているときはチェック☑してください)	
施術を受けられた方の氏名	《受療者名》	チェック欄	相違の場合、正しい内容を記入
整(接)骨院名	《施術機関名》	☐	
施術年月	《施術年月》	☐	
施術日数	《実日数》日	☐	

《施術年月》に施術を受けられた内容について以下の該当する項目に☑もしくは、ご記入をお願いします。

1. 施術を受けられた理由は何ですか？

- ☐ ケガをした
- ☐ 原因不明で自然と痛みが出た
- ☐ 肩こりや筋肉疲労
- ☐ 手術後のリハビリ
- ☐ 慢性病や症状の痛み緩和
- ☐ その他()

2. いつからの痛みですか？

- ☐ 年 月 日頃 (複数の場合: 年 月 日頃)
- ☐ 覚えていない

3. 何をしていた痛みましたか？

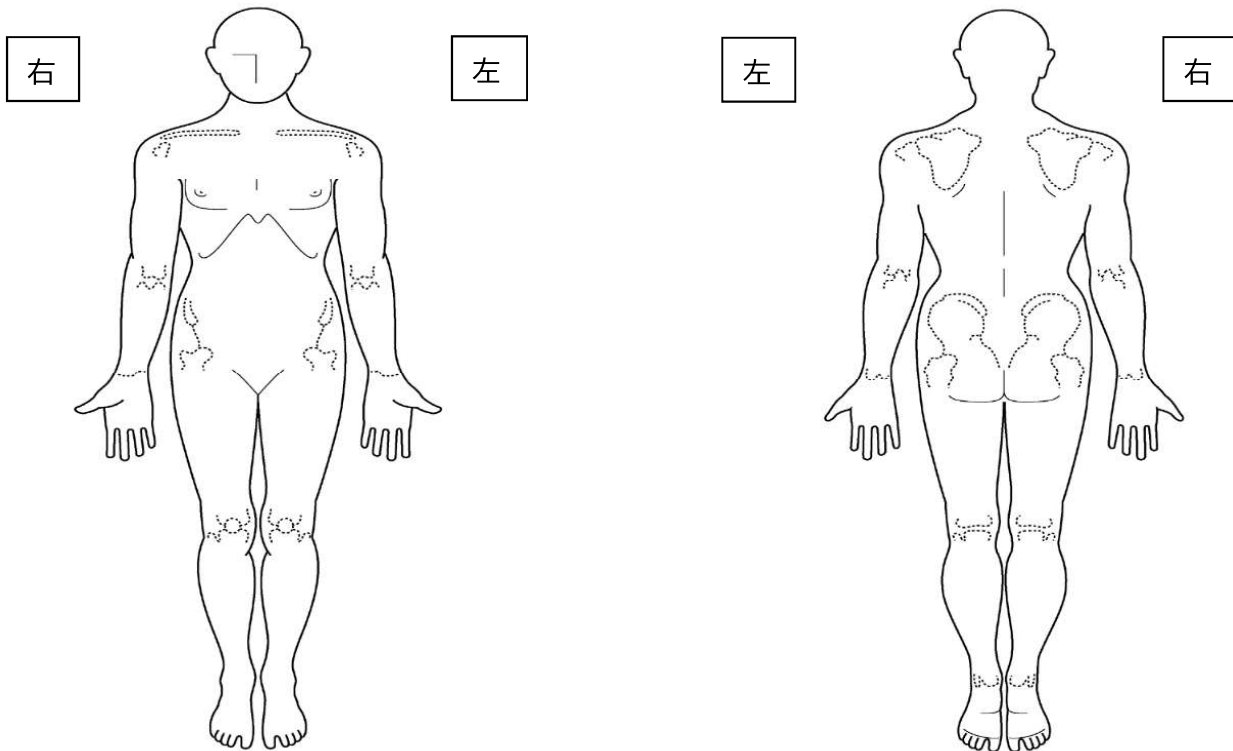
- ☐ 私用中
- ☐ 勤務中・通勤途中(労災保険適用)
- ☐ 第三者行為(交通事故等)
- ☐ その他 ()

(裏面へ続きます)

4. 施術を受けた箇所に○印を記入して下さい。

前面

後面



5. 上の図で印を入れた箇所に対して、同月に病院、診療所で治療を受けましたか？

- ☐ 治療を受けた（注射・リハビリなど） ☐ 湿布やテープを処方してもらった
- ☐ 治療を受けていない ☐ その他()

6. 病院、診療所などで同じ負傷等の治療中は、整(接)骨院で施術を受けても国民健康保険の対象にならないことをご存知ですか？

- ☐ 知っている ☐ 知らない

7.「柔道整復施術療養費支給申請書」の委任欄には署名されましたか？

- ☐ 自分または家族が署名した
 ☐ 整(接)骨院に署名を依頼した(自分で署名できないため)
- ☐ 署名していないがぼ印した
 ☐ 署名もぼ印もしていない

8. 領収証は受け取りましたか？

- ☐ 受け取った ☐ 受け取っていない ☐ 断っている ☐ 保険と自費分と分けてもらう

ご回答いただきまして誠にありがとうございました。回答内容について、整骨院・接骨院に確認させていただくこともありますのでご了承ください。今後とも、医療費適正化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。

【個人情報の取り扱いに関して】

この照会により知り得た個人情報は、柔道整復施術療養費支給申請書の施術内容審査および国民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しません。