

【通知番号】《通知番号》-《ID》
〒《郵便番号》
《住所 1》
《住所 2》
《受療者名》 様

令和 年 月 日
【保険者名】 柏市
【被保険者番号】 《記号番号》

ご回答は 月 日 () までにご
返送ください

整骨院・接骨院での施術内容等についての照会

《受療者名》様が、整骨院・接骨院で受けられた施術について、以下の事項についてご回答をお願いいたします。ご自分の記憶の範囲で、覚えておられる項目だけでもご回答ください。
(ご自分での記入が難しい場合は、代筆をお願いします。)

【あて先】 柏市保険年金課

令和 年 月 日

以下の通り回答いたします。

受療者氏名 _____

連絡先 _____ - _____ - _____

代筆の場合 代筆者氏名 () 受療者との続柄 ()

1. 以下の内容に相違はありませんか？該当の項目にチェック (☑) を記入してください。

相違がある場合は、カッコ内に正しい内容を記入してください。

【施術を受けた方】《受療者名》 様

① 施術所：《医療機関名》

☐ 相違ありません ☐ 相違あります (内容：)

② 施術年月：《診療年月》

☐ 相違ありません ☐ 相違あります (内容：)

③ 施術日数：《実日数》日

☐ 相違ありません ☐ 相違あります (内容：)

2. 負傷された内容についてお尋ねいたします。該当の項目にチェック (☑) を記入してください。

① 施術を受けられた原因について教えてください。

- | | |
|---|---|
| ☐ ケガをした
(外傷性の捻挫・打撲・肉離れ等の挫傷など) | ☐ スポーツ等による筋肉痛や疲労 |
| ☐ ケガによらない肩こり・体調不良など | ☐ 治った後で再び痛くなった |
| ☐ マッサージ (慰安目的) | ☐ 内科的疾患・脳疾患後遺症など |
| ☐ その他 () | |

② どこで痛めましたか？

☐ 自宅 ☐ 外出先 ☐ その他 ()

③ 何をしていた痛めましたか？

☐ 私用中 ☐ 交通事故など第三者行為 ☐ その他 ()

裏面もご確認ください

(該当する箇所がなければ、その他欄にご記入ください)

①上記の施術を受けた箇所について、同時並行で整形外科等にもかかっていますか？

該当の項目にチェック（☒）を記入してください。

☐ 説明した ☐ 説明していない ☐ 覚えていない

☐ 自分で署名した ☐ 自分で押印した ☐ 署名していない ☐ 押印していない

☐ 整（接）骨院に署名を依頼した ☐ 家族が代わりに署名した

領収書及び明細書を受け取っている場合は本回答に同封してください（写しでも可）。

☐ 毎回受け取った ☐ 1ヶ月まとめてもらった ☐ 保険が使える分と自費分とを分けて受け取った
☐ 受け取っていない ☐ 発行されていない

ご回答いただき、誠にありがとうございました。回答内容について、お電話で確認させていただくこともあります。本照会は、国民健康保険を正しくご使用していただくために行っているものです。詳しくは同封のチラシをご覧ください。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。

この照会により知り得た個人情報は、療養費支給申請書の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いたしません。