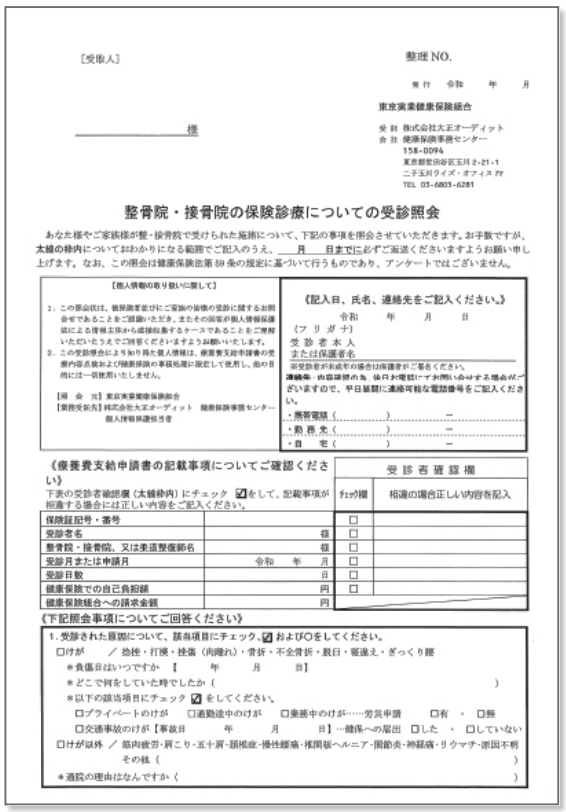
柔道整復施術療養費の施術内容等の照会についてご協力をお願いします

当組合では医療費適正化の一環として、整骨院・接骨院からの請求が正しく行われているか、柔道整復療養費の請求内容（けがの原因や施術内容など）について、組合員の皆さまへ文書にて照会をさせていただいております。

照会文書が届きましたら内容をご確認いただき、必ずご自身でご回答くださいますようお願いいたします（照会文書は業務委託をしている㈱大正オーディットが発送いたします）。

また、回答内容によっては、電話による問合せをさせていただく場合もございますので、ご協力をお願いいたします。

［回答内容により知り得た個人情報は、柔道整復療養費の審査業務に限定して使用し、他の目的には一切使用いたしません］



［受取人］

整理 NO.

発行　令和　年　月

東京実業健康保険組合

受託 株式会社大正オーディット
会社 健康保険事務センター
158-0094
東京都世田谷区玉川 2-21-1
二子玉川ライズ・オフィス 7F
TEL 03-6805-6281

＿＿＿＿＿＿＿＿様

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、＿月＿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。

【個人情報の取り扱いに関して】

1. この照会は、被保険者並びにご家族の療養の受診に関するお照会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権利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けるようご了解くださいますようお願いいたします。
2. この受診歴など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。

【照 会 元】東京実業健康保険組合
【業務受託先】株式会社大正オーディット　健康保険事務センター
個人情報保護担当者

《記入日、氏名、連絡先をご記入ください。》

令和　年　月　日

（フ リ ガ ナ）
受 診 者 本 人
または保護者名

※受診者が未成年の場合は保護者がご署名ください。
連絡先・申請書類の為、休日や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。

・携帯電話（　　）　－
・勤 務 先（　　）　－
・自　宅（　　）　－

《療養費支給申請書の記載事項についてご確認ください》

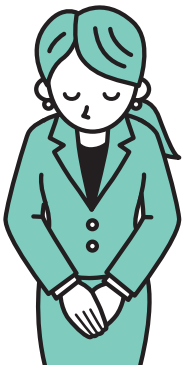
下表の受診者確認欄（太線枠内）にチェック ☑をして、記載事項が相違する場合には正しい内容をご記入ください。

		受診者確認欄	
		チェック欄	相違の場合正しい内容を記入
保険証記号・番号		□	
受診者名	様	□	
整骨院・接骨院、又は柔道整復師名	様	□	
受診月または申請月	令和　年　月	□	
受診日数	日	□	
健康保険での自己負担額	円	□	
健康保険組合への請求金額	円		

《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……労災申請　□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・頭痛症・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（　　）

皆さまの大切な保険料です。
健康保険の適正な運営のために、
ご協力をお願いいたします。



問合せ

東京実業健康保険組合

本　　部　給付課　TEL 03-3663-1361㈹　　**城南支部　給付係**　TEL 03-5537-2400㈹
城西支部　給付係　TEL 03-3342-8821㈹　　**城北支部　給付係**　TEL 03-3980-1501㈹