

# 任意継続保険料の前納について

任意継続保険料（健康保険料・介護保険料）の前納の申込みは **2月13日（火）** までとなっております。  
前納制度は期間に応じて割引された保険料になっているとともに、毎月10日納付期限の「保険料納付忘れによる資格喪失」を防止する大変便利な制度ですのご利用ください。  
詳細については、下記までお問合せください。

問合せ

東京実業健康保険組合	保険証記号が4000番の方：本 部 適用課	TEL 03-3663-1361(代)
	保険証記号が5000番の方：城西支部 適用係	TEL 03-3342-8821(代)
	保険証記号が7000番の方：城南支部 適用係	TEL 03-5537-2400(代)
	保険証記号が8000番の方：城北支部 適用係	TEL 03-3980-1501(代)

## 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しております。

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がありますので、ご協力をお願いいたします。

〔回答内容から、知り得た個人情報、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〕



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。

[受取人] \_\_\_\_\_ 姓 \_\_\_\_\_

照会 NO. \_\_\_\_\_

発行 令和 年 月 日

東京実業健康保険組合  
 株式会社大正オーディット  
 本社 保険課事務センター  
 〒138-0099  
 東京都港区新芝浦2-21-1  
 〒235-0125 東京・セオリアワ  
 TEL 03-3663-0881

整骨院・接骨院の保険診療についての受診照会

あなた様のご依頼が整・接骨院で受けられた施術について、下記の事項を調査させていただきます。お言葉ですが、本紙の権利についてはお取り扱いとなる範囲で記入のうえ、\_\_\_\_月 \_\_\_\_日まで必ずご返信くださいますようお願いいたします。なお、この照会が健康保険法第18条の規定に基づいて行われるものであり、アンケートではございません。

【個人情報の取り扱いについて】	【記入日、氏名、連絡先をご記入ください】
1. この照会が、保険請求を目的とする旨の告知に該当するお言葉であることをご確認いただき、またその旨を本人の記録簿に記載の上ご返信ください。なお、この照会によるご返信が本人の記録簿に記載されず、また本人の記録簿に記載されていないお言葉は、本紙が本人の記録簿に記載されている旨をお知らせいたします。	令和 年 月 日 (フリガナ) 受 診 者 本 人 または保護者名
2. この照会が本人より知らず他人の個人情報は、本人の記録簿に記載されている旨をお知らせいたします。また、本人の記録簿に記載されていない個人情報は、個人情報が漏洩している旨をお知らせいたします。	照会が本人の記録簿に記載されている旨をご記入ください。 照会が本人の記録簿に記載されていない旨をご記入ください。 ・無回答( ) ( ) ・照会済み( ) ( ) ・未返信( ) ( )
【印 名】 東京実業健康保険組合 (東京実業健康) 株式会社大正オーディット 健康保険事務センター 個人情報管理担当	

《療養費支給申請書の記載事項についてご確認ください》

下記の保険申請書（本紙）にチェック  をして、記載事項が 受 診 医 査 査 簿  
 所定欄の項目に正しい内容をご記入ください。 対応欄の項目に正しい内容を記入してください。

保険申請書の種類	傷	<input type="checkbox"/>	相違の項目に正しい内容を記入
受診者名	傷	<input type="checkbox"/>	
整骨院・接骨院、又は柔道整復師名	傷	<input type="checkbox"/>	
受診月または申請月	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>	
受診回数	傷	<input type="checkbox"/>	
健康保険での傷已済回数	傷	<input type="checkbox"/>	
健康保険組合への請求金額	傷	<input type="checkbox"/>	

【その他の事項についてご回答ください】

1. 前記された事項について、照会欄にチェック  した項目をすべてご記入ください。  
 口が  口が  口が  口が  口が  口が

2. 口が  口が  口が  口が  口が  口が  口が  口が  口が  口が  口が

3. 口が  口が  口が  口が  口が  口が  口が  口が  口が  口が  口が

問合せ

東京実業健康保険組合	本 部 給付課	TEL 03-3663-1361(代)
	城西支部 給付係	TEL 03-3342-8821(代)
	城南支部 給付係	TEL 03-5537-2400(代)
	城北支部 給付係	TEL 03-3980-1501(代)