

施術内容等の照会について ご協力をお願いします



当組合では療養費適正化の一環として、整骨院・接骨院からの請求が適正に行われているか、柔道整復療養費の請求内容(ケガ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(株)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お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。

なお、回答内容に関しては、柔道整復療養費の適正化に係る業務に限定して使用するとともに、個人情報の安全管理については、個人情報保護法に基づき適正に取扱ってまいります。

【受取人】

_____様

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
158-6094
東京都中央区玉川 2-21-1
二子玉川ライズ・オフィス7F
TEL 03-6805-6281

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。

<p>【個人情報の取り扱いに関して】</p> <p>1. この照会状は、被保険者並びにご家族の皆様との関係に関する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情報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いたうえでご回答くださいますようお願いいたします。</p> <p>2. この受診照会により知り得た個人情報は、療養費支給申請書の作成や取組等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。</p> <p>【照会先】東京実業健康保険組合 【業務委託先】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</p>	<p>《記入日、氏名、連絡先をご記入ください。》</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>(フリガナ) 受診者本人 または保護者名</p> <p><small>※受診者が未成年の場合は保護者にご記入ください。</small></p> <p>連絡先 内容確認の為、後日お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。</p> <p>・携帯電話(_____) _____</p> <p>・勤務先(_____) _____</p> <p>・自宅(_____) _____</p>
--	--

《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	<input type="checkbox"/>	
受診者名	<input type="checkbox"/>	
整骨院・接骨院、又は柔道整復師名	<input type="checkbox"/>	
受診月または申請月	令和 年 月	
受診日数	日 <input type="checkbox"/>	
健康保険での自己負担額	円 <input type="checkbox"/>	
健康保険組合への請求金額	円 <input type="checkbox"/>	

《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】…健康への届出 □した ・ □していない

□けが以外 / 筋肉疲労・肩こり・五十肩・頸椎症・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

本 部 給付課 TEL03-3663-1361(代) 城西支部 給付係 TEL03-3342-8821(代)
城南支部 給付係 TEL03-5537-2400(代) 城北支部 給付係 TEL03-3980-1501(代)