

[受取人] [REDACTED] ( [REDACTED] )

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED] 様  
[REDACTED]

発行 平成 [REDACTED] 年 [REDACTED] 月

問い合わせ先 [REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
TEL: [REDACTED]

## 整骨院・接骨院での施術についての照会

組合員及びご家族の皆様が整骨院・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上、**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。尚、この照会は国民健康保険法第66条及び第113条の規定に基づいて行うものであります。

### 《療養費支給申請書の記載事項についてご確認ください》

下表右側の受療者確認欄(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。

		受療者確認欄	
		チェック欄	相違のとき正しい内容を記入
保険証記号・番号	[REDACTED]	<input type="checkbox"/>	
受療者名	[REDACTED] 様	<input type="checkbox"/>	
接骨院・整骨院、又は柔道整復師名	[REDACTED]	<input type="checkbox"/>	
受療月	平 [REDACTED] 年 [REDACTED] 月	<input type="checkbox"/>	
受療日数	[REDACTED] 日	<input type="checkbox"/>	
国保での自己負担額	[REDACTED] 円	<input type="checkbox"/>	
国保組合への請求金額	[REDACTED] 円		

### 【個人情報の取り扱いに関して】

- この照会状は、組合員並びにご家族の皆様のお受療に関するお問い合わせ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ご本人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よろしくお願いいたします。
- この受療照会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。

【照会元】 [REDACTED]  
【業務委託先】 [REDACTED]

### 《記入日、氏名、連絡先をご記入ください。》

平成 年 月 日

(フリガナ)

受療者本人

または保護者名 [REDACTED]

**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。

・携帯電話 ( [REDACTED] ) - [REDACTED]  
・勤務先 ( [REDACTED] ) - [REDACTED]  
・自宅 ( [REDACTED] ) [REDACTED] - [REDACTED]

裏面に続く

[REDACTED]