

整骨院・接骨院の施術についてのアンケート

平素より、後期高齢者医療制度の運営にご理解とご協力を賜りありがとうございます。
ございます。

さて、東京都後期高齢者医療広域連合では、皆さまが保険証を使って受けられる医療保険の給付を適正に行うため、皆さまが整骨院・接骨院で受けられた施術内容等について照会を行うこととしました。

つきましては、お手数をおかけしますが、同封のアンケート用紙にご回答のうえ、**■月■日(金)**までにご投函いただきますようお願いいたします。

※個人情報の取扱いに関しましては、療養費適正化に関する事務処理に限定し、他の目的には一切使用しません。

お問合せは「広域連合お問合せセンター」へ

アンケートの記入方法など、わからない点は、お気軽にお問合せください。
土曜日・日曜日・祝日を除く午前9時から午後5時まで受け付けています。



FAX

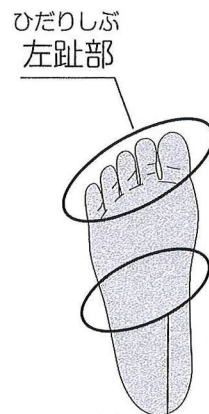
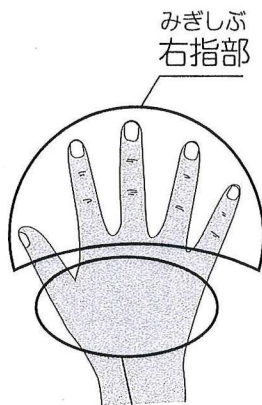
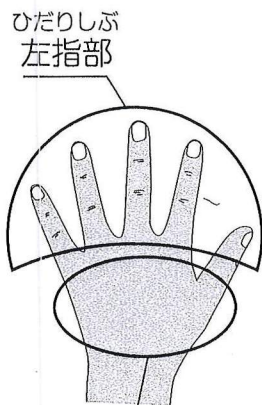
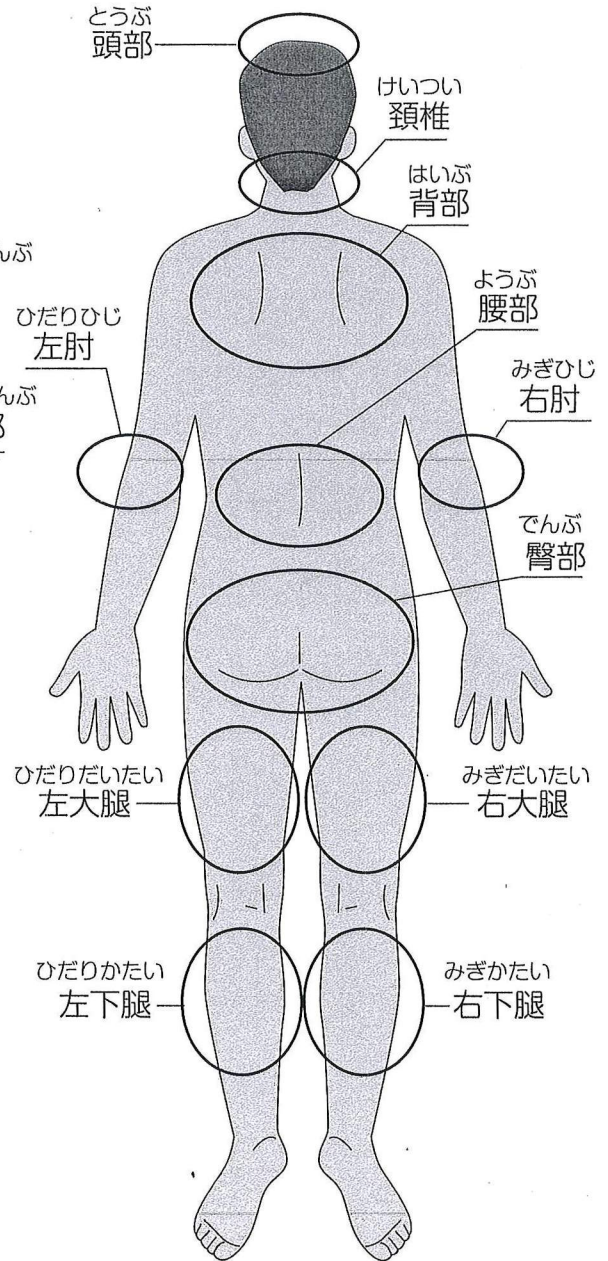
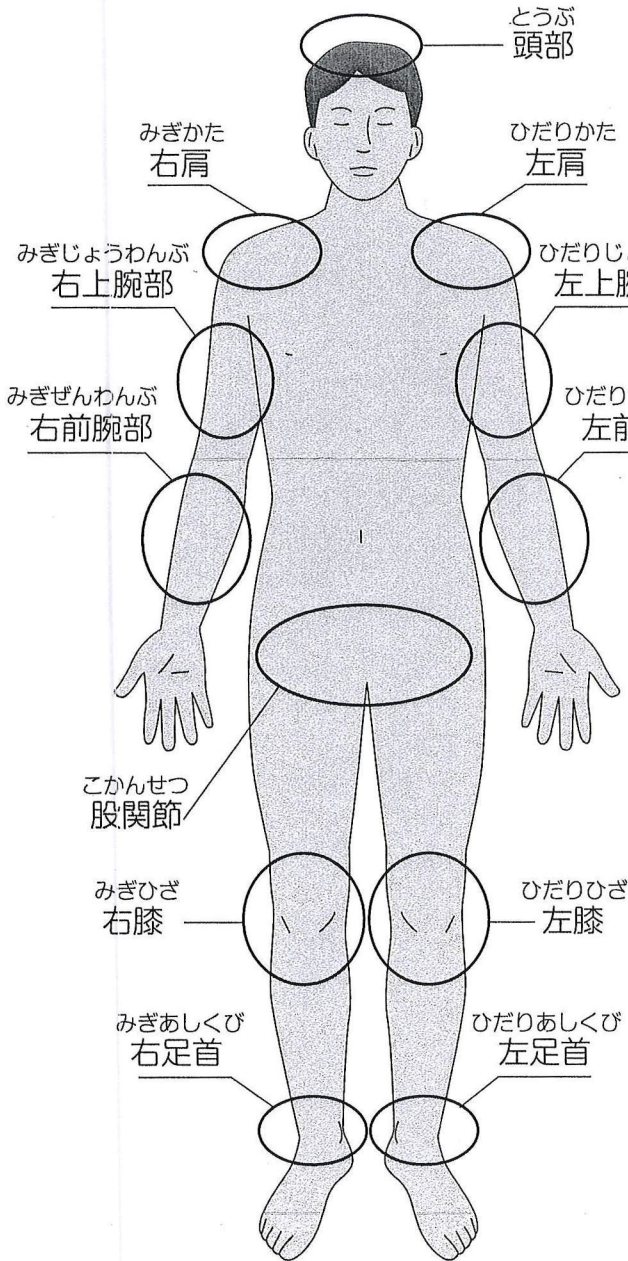
※ご質問や要望等を正確に把握し、オペレーターの対応内容に過誤が無いかを
確認するなど、サービス品質の維持・向上のために通話内容を録音しています。

※なお、このアンケート用紙の発送・回収につきましては、下記業者に
業務を委託しています。

【委託業者】

※営業時間：平日午前9時から午後5時まで

せしゅつぶい
施術部位の名称



ひだりちゅうしゅぶ
左中手部

みぎちゅうしゅぶ
右中手部

ひだりちゅうそくぶ
左中足部

みぎちゅうそくぶ
右中足部

アンケート記入例

緑字：東京都後期高齢者医療広域連合で保有している情報を掲載しています。
赤字：今回あなた様にご記入いただく項目です。

整骨院・接骨院の施術についてのアンケート

あなた様が整骨院・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。
太線の枠内に、お分かりになる範囲でご記入の上、**■月■日(金)**までにご投函ください。

被保険者番号	12345678
氏名	広域 太郎 様
施術を受けている施術所名	△△△△整骨院

該当項目に (チェック)し、必要事項を記入してください。

1. 受診された内容について、負傷名、負傷年月日(けがをされた日)、実日数(その月に施術所にかかった日数)が全て一致していれば「①一致している」に、1か所でも一致していなければ「②一致していない」に、覚えていない場合は「③覚えていない」のチェック欄にチェックしてください。

負傷原因及び一致していない場合はその内容をご記入ください。

平成26年5月 に受けた施術について伺います。

負傷名 ※	負傷年月日	実日数	一致 ①している ②していない	③覚えて いない	負傷原因(どこで、何をしている時、どのような状態で、どこを負傷したか)及び一致していない場合その内容 (※)
左肩関節捻挫	平成26年 4月4日	18	① <input checked="" type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自宅で荷物を運んでいる時、階段から落ちて、左肩と左腕を負傷した。
左上腕部挫傷 下部	平成26年 4月4日	18	① <input checked="" type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	同上
右下大腿部挫傷	平成26年 5月7日	10	① <input type="checkbox"/> ② <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自宅の庭石につまづき、前のめりに転んで右の下腿に肉離れを起こした。負傷箇所は大腿ではない。10日間ではなく5日間通った。
右足首部捻挫	平成26年 2月16日	2	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
			① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

※別紙の「施術部位の名称」を参考にしてください。

(裏面に続きます)

2. 申請書の委任欄にご自分で署名をされましたか。☑ (チェック)をしてください。

あなた様が療養費の申請書に署名することにより、自己負担分(1割又は3割)を整(接)骨院にお支払いになり、整(接)骨院等が残りの費用を保険者(広域連合)に請求することが認められています。

この申請書の署名については、あなた様が手などを負傷したり、障がいなどで書くことが困難な場合を除き、あなた様にご自分で署名等することとなっています。

- (1) 自分で署名をした
- (2) 自分で署名ができないため、家族が代筆し押印した
- (3) 自分で署名ができないため、整(接)骨院に代筆をお願いし押印した
- (4) 自分で署名もしていないし、代筆もお願いしていない
- (5) 覚えていない

3. 領収書は受け取られましたか。☑ (チェック)をしてください。

※(1)、(2)は、該当するものに ○を付けてください。

- (1) もらった

①. 毎回もらった	②. まとめてもらった
③. 保険と自費分と分けてもらった	
- (2) もらわなかった

①. 施術所から渡されなかった
②. 領収書は必要ないため、もらわなかった
- (3) もらう時ともらわない時があった
- (4) 覚えていない

以上でアンケートは終了です。
ご協力ありがとうございました。

