

No. ()

整骨院・接骨院の保険診療についての受診照会

この照会は健康保険法第59条、および第121条の規定に基づいて行うものであり、下記の事項を確認させていただきます。太線の枠内をご記入の上、 月 日までにご返送ください。ご回答のない場合は、全額負担とさせていただきます。

| | | |
|---|----------------|-----|
| | 平成 年 月 | 日記入 |
| 保険証の記号・番号 | ふりがな 被保険者氏名 | (印) |
| ご連絡先電話番号 (後日お電話にて確認させていただく場合がございますので、連絡可能なお電話番号をご記入ください) | | |
| ご自宅 — — 勤務先 — — 携帯電話等 — — | | |

《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 | 相違のとき正しい内容を記入 |
| 受診者名 | 様 | <input type="checkbox"/> | | |
| 整骨院・接骨院名、又は柔道整復師名 | 様 | <input type="checkbox"/> | | |
| 受診月または申請月 | 平成 年 月 | <input type="checkbox"/> | | |
| 受診日数 | 日 | <input type="checkbox"/> | | |
| 健康保険組合への請求金額 | 円 | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 健康保険での自己負担額 | 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・肉離れ(挫傷)・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)

*どこでどうしていた時でしたか()

*以下に該当する場合は、該当項目にチェック をしてください。

通勤途中のけが 業務に起因するけが 労災認定 有 ・ 無

交通事故のけが【事故日: 年 月 日】 健保への届出した ・ しない

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()

2. 今回の症状について、同じ月に病院(医院)または他の整(接)骨院で治療を受けましたか。

他の病院、または整(接)骨院で治療を受けた

*受診した医療機関をご記入ください()

受けていない

(裏面に続きます)