

〒  
健康保険組合  
様

## 負傷（疾病）原因の照会について

日ごろ、当健康保険組合の業務にご協力いただき、ありがとうございます。

このご案内は、貴殿が、下記の年月に柔道整復師（接骨院・整骨院等）で受療された時の状況について、接骨院・整骨院等からの請求内容と、あなたが実際に受けられた施術内容が一致しているかの確認をするためのものです。

健康保険が使える接骨院・整骨院等での施術は、外傷性の病気に対するものに限定されています。そのために、外傷の原因などについての調査を行っております。同封の「整骨院・接骨院通院状況回答書」にご記入いただき、健康保険組合へ回答期日までにご返送下さい。

また、同封しました「柔道整復師（整骨院・接骨院）の正しいかかり方」を、ご一読のうえ保存下さるようお願いいたします。

この調査は、に委託しています。この照会で知り得る個人情報は、当該事業実施の目的のみに使用します。

今回の調査対象は 月 通院分のものであります。（ご確認願います）

\* 回答書は、送付いたしました封筒に入れ、密封し 平成 年 月 日 までにご返送ください。

接骨院等の名称

院

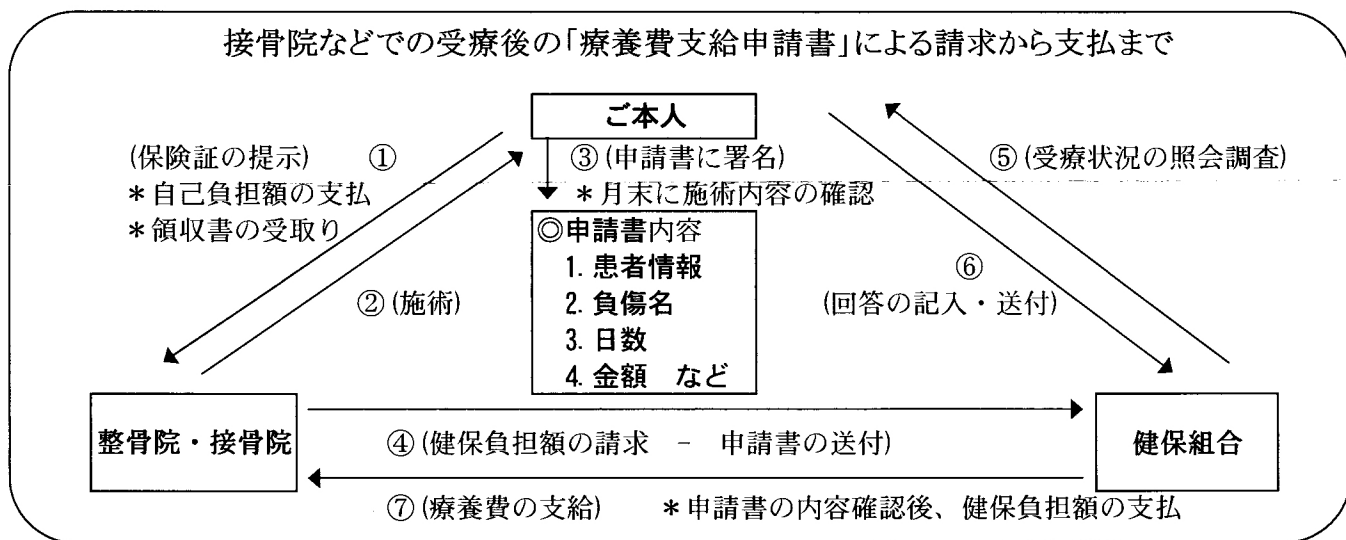
負傷名	負傷の日	初検の日	年 月 施術実日数
右膝関節捻挫	H	H	日
右下腿部挫傷	H	H	日
			日
			日

受療者 様

合計金額	円
本人負担金	円
健保負担金額	円

請求内容については、整骨院・接骨院により複数月分の合計を記載する場合があります。

◎ 施術の領収書は通院のたびに必ず受取り、保管しておきましょう



以上

（お問い合わせ先）

委託先  
住所  
電話

健保組合使用欄

記号・番号

問合番号

※【健康保険法第59条の要旨】保険者は保険給付に関して必要があると認めるときは、保険給付を受ける者に対し、文章その他の物件の提出若しくは提示を命じ、又は当該職員に質問若しくは診断をさせることができる。  
【健康保険法第121条の要旨】保険者は、保険給付を受ける者が正当な理由なしに、第59条の規定による命令に従わず、又は答弁若しくは受診を拒んだときは、保険給付の全部又は一部を行わないことができる。

# 整骨院・接骨院通院状況回答書

健康保険組合 御中

提出年月日 平成 年 月 日

● 全ての質問にご回答ください。(はつきり覚えていない時は、その旨ご記入ください。)

平成 年 月 日

● 必ずボールペンでご記入ください。

<b>被保険者証</b>	記号	番号	
<b>受診者氏名</b>	様		性別： 1. 男 2. 女 年齢： ( ) 歳
<b>受診者連絡先</b>	※次の事項以降の内容につき、問い合わせをさせて頂くこともあります。その際、携帯電話等、連絡のつきやすい電話番号をご記入ください。 連絡先 ( 自宅 ・ 勤務先 ) 電話番号<携帯> ( ) ( ) ( )		
<b>被保険者氏名・受診者氏名</b> (いずれも受診者が記入)	被保険者名 _____ 印 受診者名 _____ 続柄 ( )		
① 受診理由は、外傷によるものですか。	1. はい 2. いいえ ★外傷には、単なる肩こり・腰痛、筋肉疲労は含まれません。また、内科的原因による病気は、保険対象外です。		
② ①の回答が「はい」の場合 負傷した日時・状況 (別紙“照会について～”の記載負傷名)	平成 年 月 日 午前・午後 時頃 1. 自宅 4. 工作中 (パート、アルバイト含む) 2. 外出中 (私用) 5. 通勤中 (パート、アルバイト含む) 3. 交通事故等 6. その他 ( )		
③ 負傷の「痛み原因」についてご記入ください。 例) どこで 自宅のそばの路上で 何をしている時 歩行中 体のどこを 左足を どの様に負傷したか 転倒して骨折した	負傷の「痛み原因」「痛みの状況」についてご記入ください どこで ① ② 何をしている時 体のどこを どの様に負傷したか		
④ ①の回答が「いいえ」の場合、受診した経緯についてご回答ください。	1. 慢性疾患、慢性痛によるもの (病名 ) 2. その他 (病名 )		
⑤ 上記①～④の回答を柔道整復師に伝えましたか。	1. 伝えた 2. 聞かれたが、話さなかった 3. 聞かれていない		
⑥ 治療箇所のすべてと治療内容を記入してください。	治療箇所 ( ) 治療内容 マッサージ・鍼・電気・湿布・固定 その他 ( )		
⑦ 施療を受けた期間について記入ください。 (該当するものに○をつけてください。)	平成 年 月 日 当月開始日 平成 年 月 日 まで治療 1. 年 月 治癒 2. 年 月 中止 3. 現在継続通院中		
⑧ 調査該当月の施術実日数の確認について	1. 何日施術を受けましたか ( 日) 2. 施術は受けてない		
⑨ 調査該当月の請求分いくら支払いましたか。 <1・2・3割> また自費診療がある場合は、何の治療に対していくら支払っていますか。	1 該当月の請求は ( 円)、2 今回の請求は違う ( 円) 今回の初検日 円位、 2 回目以降 円位 自費診療は 1. ある ( 円位) ・ 2. ない ( ) 自費診療内容 ( )		
⑩ 柔道整復師から言われた負傷名			
⑪ 柔道整復師から医師の診察を受けるように指導されましたか。	1. 指導された 2. 指導されなかった 3. 指導されたが、行かなかった		
⑫ 上記傷病により医師 (病院) に受診したことがありますか。	1. ある 2. ない		
お病院へ受診した方のみ お答えください。	⑬ 受診した病院名・いつ頃	病院名 _____ 平成 年 月 頃	
	⑭ 医師から言われた傷病名	病名 ( ) ( )	
	⑮ 病院の医師から言われた傷病名を柔道整復師に伝えましたか。	1. 伝えた (初診時・治療の途中で [ 年 月 日頃] ) 2. 伝えていない 3. 病院に受診していることを話していない	
	⑯ 柔道整復師への受診について医師の同意 (後療依頼) を得てますか。 (骨折・脱臼に限る)	1. 同意を得ている 2. 同意を得ていない	

健保組合使用欄	記号・番号	問合番号	
---------	-------	------	--

●裏面も質問がありますので、ご記入ください。

