

平成 年 月 日

柔道整復師（整骨院・接骨院等）に関する照会

日頃は、当組合の事業にご協力をいただき、ありがとうございます。

本日は、殿が、添付の柔道整復師（整骨院・接骨院等）で施術を受けておられることについて、別紙の通り照会します。

記

1. 全ての項目を詳細にご回答ください。
 - ① 回答に際しては、事実と実態にもとづき必ず施術を受けられた方の自筆で記入してください。柔道整復師が記入するものではありません。また、委託を禁止します。
(小学生以下の場合は、被保険者もしくは施術に同行された方に記入をお願いします)
 - ② ケガの場合、負傷箇所ごと『いつ・どこで・どのような状態で負傷』を具体的に記入してください。
 - ③ 回答できない項目には、回答できない理由を必ず明記してください。
 - ④ 施術を受けた事実がない場合は、その旨を記入してください。
2. 回答されない場合、回答書を返送されない場合、あるいは、事実に即さない回答、受けられた施術の内容や外傷性のケガの状況などについて内容を確認できない場合、施術費を負担しないことがあります。
3. 被保険者、被扶養者とも、必ず自筆で記入してください。また回答書末尾の氏名欄（被扶養者自署）への記入をお願いします。
回答を省略された場合、再度記入をしていただくこととなりますのでご注意ください。

※整骨院・接骨院には領収書の発行が義務付けられていますので施術の都度、必ず受領してください。

※施術者は施術を行った人ごとに所定の様式に施術録を作成する取り決めとなっていますので、本照会の回答に際し、お手元の領収書の写しおよび施術録ならびに問診票の写し（施術者より写しを受領してください）と一緒にご提出ください。

なお、施術録および問診票（注）の写しを提出できない場合は、添付の同意書をご提出ください。

（注）問診票としましたが、予診票など名称が異なる場合も同義のものとしてご提出ください。

【回答書提出期限】平成 年 月 日

柔整担当

電話