

〒

様

第 号

平成 年 月 日

柔道整復師(接骨院・整骨院)での受診に伴う確認について

平素より、健康保険組合の事業運営にご理解とご協力をいただき厚くお礼申し上げます。
さて、当健康保険組合では保険給付の適正化を図るために、負傷原因や施術回数等について、整（接）骨院で施術を受けられた皆様へ内容の照会をさせていただいております。

大変お手数をおかけいたしますが、あなた（または被扶養者）様が整（接）骨院で受けられた下記の施術に関し、別紙回答用紙にご自身で記入し、ご返送くださいますようお願い申し上げます。（同封の返信用封筒をご利用ください。）

なお、回答は平成 年 月 日までにお願いいたします。

- ・ 回答用紙は1枚です。（裏面あり）
- ・ 本件の回答にあたっては、わかる範囲でご記入ください。

- | | | |
|----------------|--------|-----|
| 1. 受療月 | 平成 年 月 | 施術分 |
| 2. 受療された方のお名前 | | 様 |
| 3. 整骨院(柔道整復師)名 | | |

【個人情報の取扱い】

今回の調査(照会)についてご回答いただいた個人情報は、療養費支給申請書の受診内容審査および当健康保険組合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。

●調査書の発送回収及び記入方法については、下記へお問い合わせください。

(委託先)

業務時間:

住所:

電話: