

平成 [REDACTED] 年 [REDACTED] 月 [REDACTED] 日

〒 [REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED] 様

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

「整骨院・接骨院での受療内容の確認」のご協力のお願い

日頃より、[REDACTED] の事業運営にご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

今般、整骨院・接骨院での施術に対する給付の適正化を図るため、療養費の受領委任の取扱規定第6章33の規定に基づき、[REDACTED] が業務委託をしております [REDACTED] が受療内容の確認を行っています。

つきましては、別紙の「柔道整復の施術を受けられた方へ」にわかる範囲でかまいませんので、ご記入・ご署名のうえ、同封しております返信用封筒により、指定した期限までにご返送くださいますようお願い申し上げます。

なお、本照会は、[REDACTED] に業務を委託しています。ご不明な点やご質問がございましたら、下記のお問い合わせ先までご連絡ください。

受療内容の照会により知り得た個人情報は、療養費支給申請書の受療内容の確認及び療養費適正化に係る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。

※受領委任の取扱規定第6章33（療養費の支払い）

保険者等は、療養費の支給を決定する際には、適宜、患者等に施術の内容及び回数等を照会して、施術の事実確認に努めること。また、柔整審査会の審査等に踏まえ、速やかに療養費の支給の適否を判断し処理すること。

回答期日 平成 [REDACTED] 年 [REDACTED] 月 [REDACTED] 日までにご返送ください。

○実施主体(委託者)

[REDACTED]

○問合せ先(業務受託者)

[REDACTED]

委託先: [REDACTED]

電話番号 [REDACTED]

受付時間 [REDACTED]