

柔道整復の施術を受けられた方へ 表面

	様
--	---

適正な療養費の支給を行うため、保険者として貴方が実際に受けられた施術の内容と請求内容が一致しているか確認をさせていただく必要があります。おそれいりますが、おわかりになる範囲でご回答いただきますよう、ご協力をお願いします。

○今回確認の対象としている申請書(施術の内容)

施術所名	
施術月・日数	平成 ■ 年 ■ 月 (施術日数 ■ 日)

1 施術月・施術日数について

下表①～③の該当する箇所(空欄網掛けのところ)○を付してください。また、②～③に該当する場合は、ご記憶にある施術の内容を「一致していない施術の内容」欄に記載をお願いします。

質問内容	回答	一致していない施術の内容
① 施術月・施術日数は一致している。	<input type="checkbox"/>	
② 施術月は一致していない。	<input type="checkbox"/>	受診(受療)していたのは平成 年 月頃
③ 施術日数は一致していない。	<input type="checkbox"/>	施術日数 日

2 施術を受けられた理由(原因)等について

該当する箇所(空欄網掛けのところ)○を付してください。

① 負傷(ケガ)をした	<input type="checkbox"/>	② 単なる筋肉疲労	
③ 単なる肩こり	<input type="checkbox"/>	④ 交通事故	
⑤ 負傷ではない痛みの緩和(リハビリ目的や原因のわからない痛みの緩和)			
⑥ その他の痛み()			

※その他の痛みの場合は、()内に具体的に記入してください。

「①負傷(ケガ)をした」と回答された場合は、負傷された状況を記入してください。

いつごろ	どこで	何をしているとき	どのようにして	どこを負傷
例)平成30年3月16日頃	自宅で	荷物を運んでいるとき	転倒して	左足を負傷
①平成 年 月 日頃				
②平成 年 月 日頃				
③平成 年 月 日頃				

裏面の確認内容もご回答いただきますよう、ご協力をお願いします。