

【要返答】名鉄健保からの接骨の調査

〒456-0032

名古屋市熱田区三本松町18-1

健保 太郎 様

令和04年07月12日

06230239 0408 800001

〒456-0032

名古屋市熱田区三本松町18-1

名鉄神宮前駅東口ビル4階

名古屋鉄道健康保険組合

TEL 052-626-5333

柔道整復師（整骨院・接骨院）での受療確認（照会）について

平素は、当健康保険組合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。

当健康保険組合では、この受療確認をすることで療養費の適正化を図り、皆様からいただいた保険料を適切に使うことを目的としています。

今回送付させていただいた照会文書は、皆様が受けられた施術内容と柔道整復師（整骨院・接骨院）からの請求内容が、きちんと一致しているかどうかを確認させていただくためのものです。

つきましては、令和04年04月に受療された内容について別紙回答書にご記入、ご署名のうえ、同封の返信用封筒にて下記委託業者まで返送いただきますよう、よろしくお願いいたします。

なお、ご回答いただくにあたって、お分かりになる範囲で結構ですので、必ず受療されたご本人がご記入ください。

※単身赴任や手の負傷、就学時など受療者ご本人がご記入できない場合は、ご家族の方が内容を聞き取り、代筆してください。

※ボールペンでご記入ください。（消えるボールペンは不可）

回答書締切日 令和04年07月26日 必着

※個人情報の取扱いについて

「個人情報の保護に関する法律」を遵守し、健康保険組合が定める個人情報保護方針に基づいて取り扱うものとし、目的外の使用をいたしません。

※今回の受療照会について

健康保険法の規定に基づいて行っておりますので、期限までに必ずご回答ください。

■健康保険法 第59条

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、文書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

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。

※委託業者について

業務の一部を株式会社 ケーシップに委託します。
（「別紙回答書」の記入方法など問合せ先）

委託先 株式会社ケーシップ 柔整点検部

住 所 大阪府豊中市服部元町1-9-20 ユミヤビル

電 話 06-6152-5160（土日祝日を除く）

※施術日数・窓口支払額に相違がありましたら、二重線でご訂正のうえ（ ）に正しい日数・金額をご記入ください。

整(接)骨院に通院された理由について

- 1、スポーツ等による筋肉疲労、使い過ぎによる痛み
- 2、ケガをした
 - 〔 ひねった(捻挫)、ぶつけた(打撲)、筋違い・肉離れ(挫傷)
外傷による骨折・脱臼、ぎっくり腰など 〕
- 3、日常生活からくる疲労や肩こりなど
- 4、慢性的な肩こりや腰痛、筋肉疲労
- 5、慰安目的のマッサージ、骨盤矯正、出産に伴う不調
- 11、その他（ ）
- 6、内科的疾患(神経痛・リウマチ・関節炎・ヘルニア等)や、加齢による痛み
- 7、仕事中や通勤途中にケガをした
- 8、交通事故など第三者による負傷や、その後遺症
- 9、症状の改善が見られない長期の施術や治療した後に自然に再発した痛み
- 10、原因がはっきりしない痛みや成長痛

[illegible]

1、あった 2、なかった 3、覚えていない

1、受診していない 2、受診した（医療機関名：_____）

Diagram illustrating the human body parts in Chinese, showing the front and back views of a person. The labels are as follows:

- 頭部 (Head)
- 頸部 (Neck)
- 右肩 (Right Shoulder)
- 背部 (Back)
- 右上腕 (Right Upper Wrist)
- 右肘 (Right Elbow)
- 右前腕 (Right Forearm)
- 右手關節 (Right Joint)
- 臀部 (Buttocks)
- 腎部 (Kidneys)
- 左膝 (Left Knee)
- 左下腿 (Left Lower Leg)
- 左踵部 (Left Heel)
- 左肩 (Left Shoulder)
- 胸部 (Chest)
- 左上腕 (Left Upper Wrist)
- 左前腕 (Left Forearm)
- 左大腿 (Left Thigh)
- 右膝 (Right Knee)
- 右下腿 (Right Lower Leg)
- 右足首 (Right Ankle)
- 右踵部 (Right Heel)

令和 年 月 日 受療者署名（ご家族代筆可）

※必ず内容に相違ないことをご確認のうえ、ご自身で投函してください。
ご協力いただきありがとうございました。