

[受取人] 142 - 20113 (127)

143-0024
東京都大田区中央
1-6-15-301

落合 千佳子 様



発行 令和3年2月

COPY

ニコン健康保険組合

連絡先 03-3773-1116
委託先 株式会社大正オーデイト
健康保険事務センター
158-0094
東京都世田谷区玉川 2-21-1
二子玉川ライズ 7F

整骨院・接骨院の保険診療についての受診照会

あなた様やご家族様が整・接骨院で受けられた施術について、下記の事項を照会させていただきます。お手数ですが、太線の枠内についておわかりになる範囲でご記入のうえ、2月26日までに 必ずご返送くださいますようお願い申し上げます。尚、この照会は健康保険法第59条の規定に基づいて行うものであり、アンケートではございません。

<p>【個人情報の取り扱いに関して】</p> <p>1. この照会状は、被保険者並びにご家族の皆様の受診に関するお問い合わせであることをご認識いただき、またその回答が個人情報保護法による情報主体から直接収集するケースであることをご理解いただいたうえでご回答くださいますようよろしくお願いいたします。</p> <p>2. この受診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点検および健康保険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。</p> <p>3. この照会状に対する回答は任意です。但しご回答のない場合には、当健康保険組合から請求元へ療養費の支払ができなくなることもあり、請求元から被保険者の方へ直接請求を行う場合があります。</p> <p>【照会元】ニコン健康保険組合 【業務委託先】株式会社大正オーデイト 健康保険事務センター 個人情報保護担当者</p>	<p>《記入日、氏名、連絡先をご記入ください。》</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>(フリガナ) 受診者本人 または保護者名</p> <p>※受診者が未成年の場合は保護者がご署名ください。</p> <p>連絡先 : 内容確認の為、後日お電話にてお問い合わせする場合がございますので、平日昼間に連絡可能な電話番号をご記入ください。</p> <p>・携帯電話 () - ・勤務先 () - ・自宅 () -</p>
---	---

《療養費支給申請書の記載事項についてご確認ください》

下表右側の受診者確認欄(太線枠内)にチェック をして、記載事項が相違する場合には正しい内容をご記入ください。

		受診者確認欄	
		チェック欄	相違のとき正しい内容を記入
保険証記号・番号	37 - 5750	<input checked="" type="checkbox"/>	
受診者名	落合 千佳子 様	<input checked="" type="checkbox"/>	
整骨院・接骨院、又は柔道整復師名	バランス整骨院 様	<input checked="" type="checkbox"/>	
受診月または申請月	令和2年11月	<input checked="" type="checkbox"/>	
受診日数	4 日	<input checked="" type="checkbox"/>	
健康保険での自己負担額	732 円	<input checked="" type="checkbox"/>	
健康保険組合への請求金額	1,708 円		

《下記照会事項についてご回答ください》

1. 受診された原因について、該当項目にチェック、および○をしてください。

けが / 捻挫・打撲・挫傷(肉離れ)・骨折・不全骨折・脱臼・寝違え・ぎっくり腰

* 負傷日はいつですか 【 R2年 7月 11日】

* どこで何をしていた時でしたか (自宅で1人から立ち上がる際 不良姿勢となり 腰を捻り痛めた)

* 以下の該当項目にチェック をしてください。

プライベートのけが 通勤途中のけが 業務中のけが……労災認定 有 無

交通事故のけが【事故日 年 月 日】……健保への届出 した していない

けが以外 / 筋肉疲労・肩こり・五十肩・頸椎症・慢性腰痛・椎間板ヘルニア・関節炎・神経痛・リウマチ・原因不明

その他 ()

* 通院の理由はなんですか ()

裏面に続く

2. 今回の症状について、同じ月に病院（医院）または他の整・接骨院で治療を受けましたか。
 他の病院または他の整・接骨院で治療を受けた
 *受診した医療機関をご記入下さい ()
 受けていない

3. 現在の状況はいかがですか。
 治った【 年 月 日頃】 治療を中止した【 R3年 1月 13日頃】
 治療中 1) 当該整・接骨院で 2) 病院で 3) 他の整・接骨院で

4. 保険証を使った支払を請求する「療養費支給申請書」の委任欄には署名なさいましたか。
 自分で署名した 整骨院・接骨院に署名を依頼した 署名をしないが押印した
 署名も押印もしていない 家族が代わりに署名した 覚えていない

5. 署名を求められた際、請求内容の説明がありましたか。
 あった なかった 覚えていない

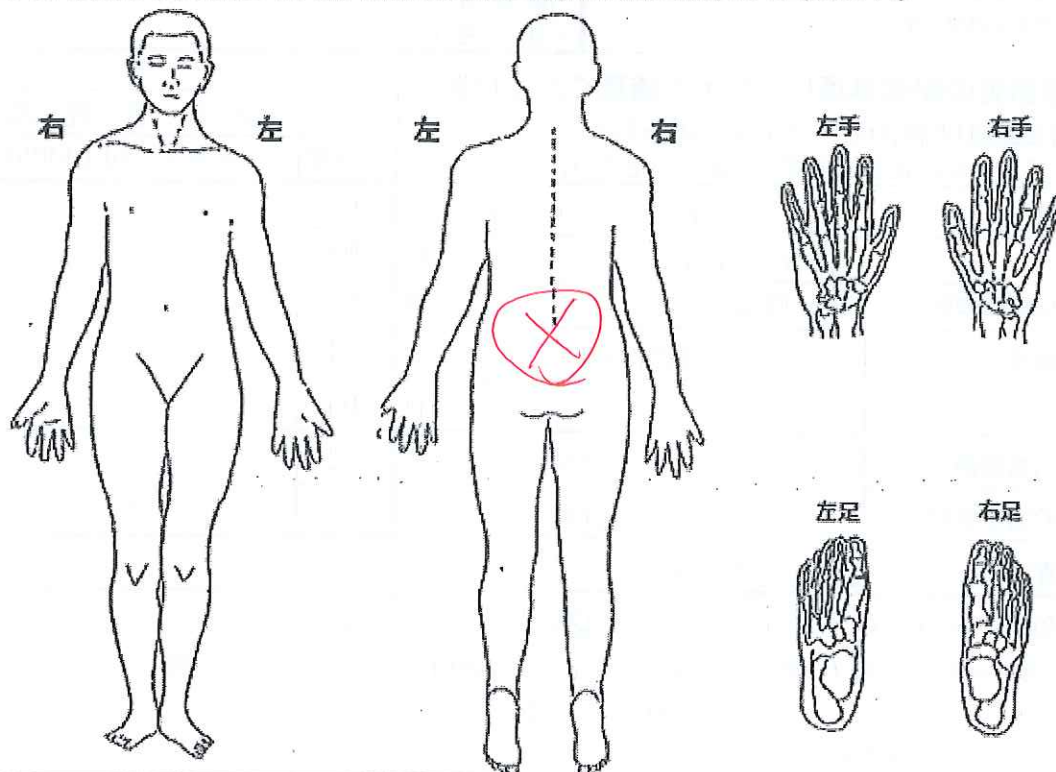
6. 健康保険の適用範囲の説明がありましたか。
 あった なかった 覚えていない

7. 領収証は受け取りましたか。
 毎回受け取る まとめて受け取る 受け取らない 保険と自費診療分と分けて受け取る

8. おけがをされたのは何箇所ですか。
 1箇所 2箇所 3箇所 4箇所以上

9. どんな治療を受けましたか。
 手技 電気治療 治療箇所を温めた 治療箇所を冷やした
 その他 ()

10. 下記の図で、負傷した箇所に×印を、治療を受けた箇所に○印を記入してください。



ご記入いただき誠にありがとうございました。
 今後とも健康保険組合事業へのご理解とご協力を
 何卒よろしくお願い申し上げます。