

[受取人] 85 - 110157 (342)

202211

351-0011
埼玉県朝霞市本町
2-2-43-1106

長谷川 沙林 様



発行 令和4年12月

ダイヤ連合健康保険組合

受託 株式会社大正オーディット
会社 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 7 F

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、**12月12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】ダイヤ連合健康保険組合 【業務受託先】株式会社大正オーディット 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 style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p>(フリガナ) 受診者本人 または保護者名 _____ ※受診者が未成年の場合は保護者をご署名ください。</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 (_____) _____</p> <p>・勤務先 (_____) _____</p> <p>・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	361 - 2190938	<input type="checkbox"/>	
受診者名	長谷川 沙林 様	<input 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 type="checkbox"/>	
受診月または申請月	令和4年9月	<input type="checkbox"/>	
受診日数	3 日	<input type="checkbox"/>	
健康保険での自己負担額	2,241 円	<input type="checkbox"/>	
健康保険組合への請求金額	5,229 円	<input type="checkbox"/>	

《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・寝違い・ぎっくり腰

* 負傷日はいつですか 【 年 月 日 】

* どこで何をしていた時でしたか ()

* 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・頰椎症・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

