

【通知番号】《No》
〒《郵便番号》
《住所 1》
《住所 2》
《被保険者名》 様

年 月 日
【保険者名】岡山県後期高齢者医療広域連合
【被保険者番号】 《被保険者番号》

ご回答は□□月□□日までに
ご返送ください

整骨院・接骨院での施術内容等についての照会

《被保険者名》様が、整骨院・接骨院で受けられた施術について、以下の事項についてご回答をお願いいたします。ご自分の記憶の範囲で、覚えておられる項目だけでもご回答ください。
(ご自分ででの記入が難しい場合は、ご家族の方などの代筆でも大丈夫です。)

【あて先】岡山県後期高齢者医療広域連合

年 月 日

以下の通り回答いたします。

ご署名 _____

連絡先 _____ - _____ - _____

1、以下の内容に相違はありませんか？該当の項目にチェック（☑）を記入してください。

【施術を受けた方】《被保険者名》 様

① 施術所：《施術所名》

{ ☐ 相違ありません ☐ 相違あります（内容： _____ ）}

② 施術年月：令和《施術年》年《施術月》月

{ ☐ 相違ありません ☐ 相違あります（内容： _____ ）}

③ 施術日数：《実日数》日

{ ☐ 相違ありません ☐ 相違あります（内容： _____ ）}

2、負傷された内容についてお尋ねいたします。該当の項目にチェック（☑）を記入してください。

① 施術を受けられた原因について教えてください。

☐ ケガをした (外傷性の捻挫・打撲・肉離れ等の挫傷など)	☐ スポーツ等による筋肉痛や疲労
☐ ケガによらない肩こり・体調不良など	☐ 治った後で再び痛くなった
☐ マッサージ（慰安目的）	☐ 内科的疾患・脳疾患後遺症など
☐ その他（ _____ ）	

② どこで痛めましたか？

{ ☐ 自宅 ☐ 外出先 ☐ その他（ _____ ）}

③ 何をしていた痛めましたか？

{ ☐ 私用中 ☐ 交通事故など第三者行為 ☐ その他（ _____ ）}

裏面もご確認ください

3、施術を受けた箇所に、チェック（☑）を記入してください。
 （該当する箇所がなければ、その他欄にご記入ください）

Diagram showing the body parts for injury reporting. Checkboxes are provided for the following areas:

- 頭部 (Head)
- 頸椎 (Cervical Vertebrae)
- 右肩 (Right Shoulder)
- 左肩 (Left Shoulder)
- 右上腕部 (Right Upper Arm)
- 左上腕部 (Left Upper Arm)
- 右前腕部 (Right Forearm)
- 左前腕部 (Left Forearm)
- 肘 (Elbow)
- 左肘 (Left Elbow)
- 右肘 (Right Elbow)
- 股関節 (Hip Joint)
- 左前腕部 (Left Forearm)
- 右前腕部 (Right Forearm)
- 左膝 (Left Knee)
- 右膝 (Right Knee)
- 左足首 (Left Ankle)
- 右足首 (Right Ankle)
- 左大腿 (Left Thigh)
- 右大腿 (Right Thigh)
- 左下腿 (Left Lower Leg)
- 右下腿 (Right Lower Leg)
- 左指部 (Left Finger)
- 右指部 (Right Finger)
- 左中手部 (Left Middle Hand)
- 右中手部 (Right Middle Hand)
- 左手関節 (Left Wrist Joint)
- 右手関節 (Right Wrist Joint)
- 左趾部 (Left Toe)
- 右趾部 (Right Toe)
- 左中足部 (Left Middle Foot)
- 右中足部 (Right Middle Foot)

※その他（ ）

4、施術を受けた整骨院・接骨院での事柄をお尋ねいたします。

該当の項目にチェック（☑）を記入してください。

①負傷した原因を整骨院・接骨院の方に説明されましたか？

{ ☐ 説明した ☐ 説明していない ☐ 覚えていない }

②保険証での支払いを請求する書面（療養費支給申請書）の委任欄にご自分で署名（押印）されましたか？

{ ☐ 自分で署名した ☐ 自分で押印した ☐ 署名していない ☐ 押印していない
☐ 整（接）骨院に署名を依頼した ☐ 家族が代わりに署名した }

ご回答いただき、誠にありがとうございました。回答内容について、お電話で確認させていただくこともあります。
 本照会は、後期高齢者医療保険を正しくご使用していただくために行っているものです。詳しくは同封のチラシをご
 覧ください。今後とも医療費適正化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。

【個人情報の取り扱いに関して】

この照会により知り得た個人情報は、療養費支給申請書の内容審査および後期高齢者医療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。