



〒

ダイワボウ健康保険組合

様

整骨院・接骨院（柔道整復師）での受診内容等の確認について

平素より、健康保険組合の事業運営にご理解とご協力をいただき厚くお礼申し上げます。

健康保険組合では、健康保険に基づき、保険給付の適正化を図るとともに皆様の健康保険料を適切に使うために、施術内容・負傷原因についての照会を行っております。

大変お手数をおかけいたしますが、おわかりになる範囲で構いませんので、回答欄にご自身でご記入・ご署名の上、下記回答期限までにご返送くださいますようお願い申し上げます。

回答期限 令和 年 月 日(必着)

【個人情報の取扱いに関して】 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受診内容審査および当健康保険組合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。	この文書の発送・回収に関しましては、下記委託先が業務を代行しております。 《委託先》 ガリバー・インターナショナル(株) 保険管理センター TEL 06-6485-2000 【業務時間 9:30~17:30】 大阪府大阪市北区豊崎3-6-17
--	---

施術内容（負傷状況）回答書

●下記の申請書記載内容に誤りがある場合、右の内容確認欄太枠内に正しい内容をご記入下さい。

	申請書記載内容	内容確認欄
施術年月	令和 年 月	通院した ・ 通院していない
一部負担金額	円	円
通院日数	日	日
整骨(接骨)院名 又は柔道整復師名		

※一部負担金額は、窓口での支払時に10円単位で端数処理されるため、端数の誤差は生じます。

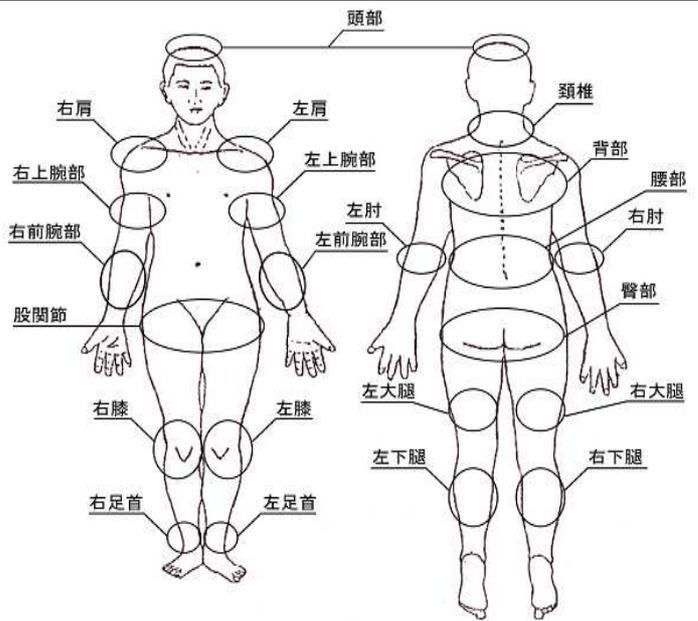
※上記施術年月に整骨院に通院していない方は「通院していない」に○をしていただき、以下の質問への回答はご不要です。

● 受診した際、「療養費支給申請書」の委任欄はご本人の自筆で署名されましたか？ a. 署名した b. 署名していない c. 代理人が署名 d. 覚えていない
● 受診した原因について柔道整復師（施術者）に説明されましたか？ a. 問診票に記入 b. 口頭で説明 c. 説明していない d. 覚えていない
● 同じ負傷で、医療機関でも治療を続けていますか？ a. はい（医療機関名) b. いいえ

裏面に続きます

施術内容（負傷状況）回答書

- 施術を受けた箇所の説明の文字(部位)を○で囲んでください。
あてはまる文字(部位)が見当たらない場合は、実際に施術を受けた箇所を直接ぬりつぶしてください。
(複数箇所への記入可)



- 受診の原因と状況についてお伺いいたします。 ※原因が複数の場合はそれぞれご記入ください。

1原因

a. けがをした 骨折・脱臼・捻挫・打撲・挫傷（肉離れ等）

b. けが以外 日常生活からの肩こり・筋肉疲労・病気・原因不明・その他

→具体的に

状況 いつ頃から（負傷年月日） 年 月 日頃

何をしているとき

a. 私用時間 b. 勤務中 c. 通勤途中 d. 事故 e. 第三者行為（けんか等）

2原因

a. けがをした 骨折・脱臼・捻挫・打撲・挫傷（肉離れ等）

b. けが以外 日常生活からの肩こり・筋肉疲労・病気・原因不明・その他

→具体的に

状況 いつ頃から（負傷年月日） 年 月 日頃

何をしているとき

a. 私用時間 b. 勤務中 c. 通勤途中 d. 事故 e. 第三者行為（けんか等）

- 現在の症状はいかがですか？

ご回答ありがとうございました。

記入日 年 月 日

小さなお子様等本人が記入できない場合は、
代筆をされた方のお名前をお願いします。

受診者署名：

記入者署名：

健康保険が適用される場合

- ・ 外傷性の捻挫、打撲、挫傷
- ・ 骨折、不全骨折、脱臼
(応急処置の場合と
医師の同意がある場合)

健康保険が適用されない場合の例

- ・ 日常生活やスポーツ等での単なる(疲労性・慢性的な要因からくる)肩こりや筋肉疲労
- ・ 打撲や捻挫が治った後のマッサージなど
- ・ リウマチや関節炎など内因性の筋肉や関節の痛み
- ・ 脳疾患後遺症などの慢性病や症状改善のない長期施術
- ・ 椎間板ヘルニアなど医師が治療すべき病気
- ・ 労災保険が適用となる仕事や通勤途上での負傷