

平成 30 年 月 日

《照会文書番号》

〒 《郵便番号》

《住所 1》

《住所 2》

《被保険者氏名》 様

北海道後期高齢者医療広域連合

整骨院・接骨院等での施術内容に係るアンケート調査へのご協力をお願い

平素より、後期高齢者医療の運営に格別のご高配を賜り、誠にありがとうございます。

さて、当広域連合におきましては、医療費の適正化を図ることを目的として、後期高齢者医療制度をお使いになって、整(接)骨院で施術を受けられた方に、施術等の内容や負傷原因などのアンケート調査を実施しております。

つきましては、お手数をおかけいたしますが、整(接)骨院で受けられた施術の内容について、別紙回答用紙に記載し、同封の返信用封筒にてご返信くださいますよう、お願いいたします。

なお、大変恐縮ではございますが、平成 30 年 月 日()までにご回答くださいますよう、お願いいたします。

【個人情報の取り扱いについて】

ご回答いただいた個人情報は、北海道後期高齢者医療広域連合の業務に限定して使用し、他の目的には一切使用いたしません。

【お問い合わせ先】

北海道後期高齢者医療広域連合

医療給付班 竹中、星井

電話 011 (290) 5601

北海道後期高齢者医療広域連合 整骨院・接骨院等 施術内容回答書

●● ●●様（被保険者番号：99999999）が■■■整骨院で治療を受けた状況についてお尋ねします。覚えている範囲で結構ですので、必ずご本人が以下の項目についてご記入ください。

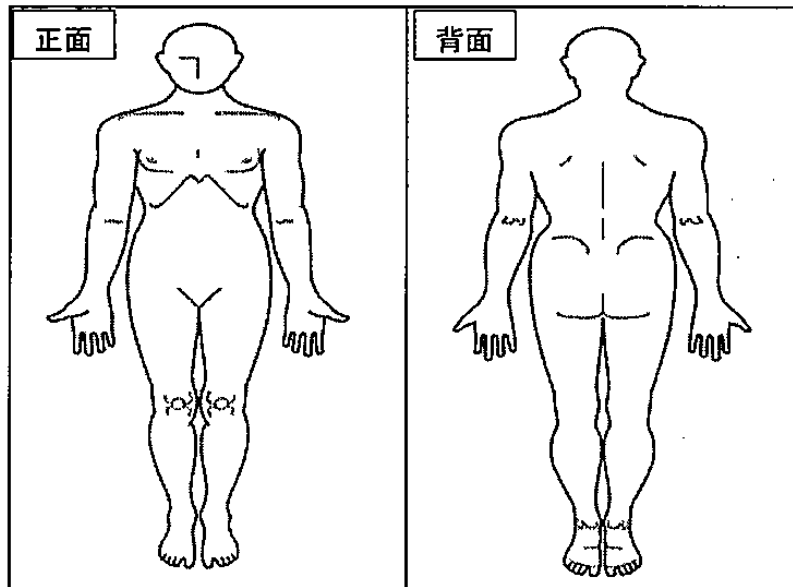
質問 1 次の年月のうち、治療（施術）を受けた日を○印で囲んでください。

| | |
|-----------------------------------|---|
| H30年2月 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 |
| H30年3月 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |
| ※詳しい日が分からない場合に記入してください … 月（ ）日ぐらい | |

質問 2 施術を受けることになった負傷（ケガ）をした状況について記入してください。

| | |
|-----------------|--------------|
| いつ負傷しましたか？ | 平成 年 月 日（ごろ） |
| どこで負傷しましたか？ | |
| どのようにして負傷しましたか？ | |

質問 3 治療（施術）を受けた箇所に○印をつけてください（複数回答）



御住所 _____

お名前 _____

電話番号 _____（ ）_____

平成 年 月 日 までに同封の返信用封筒にてご返送願います。

アンケート調査について

皆様の保険料を財源として支給する療養費について、適切に支給の審査をする必要があるため、後期高齢者医療保険制度の被保険者で柔道整復施術（整骨院、接骨院等）を受けられた方にアンケート調査のご協力をお願いしております。

アンケート調査をお願いする方は、長期にわたり施術を受けている方や一月に何度も施術を受けている方を対象にしております。

返送いただいた施術内容回答書により施術所からの請求内容について、施術を受けた日数に誤りがないかなどの確認を行います。

施術を受けられる際の注意

- 負傷原因（いつ・どこで・何をして、どんな症状があるのか）を正確に伝えましょう。
- 療養費支給申請書の内容（負傷原因、負傷名、日数、金額）をよく確認して、署名または捺印しましょう。
- 領収書を必ずもらって保管しておき、医療費通知で金額・日数の確認しましょう。
- 施術が長期にわたる場合、内科的要因も考えられますので、医師の診断を受けましょう。