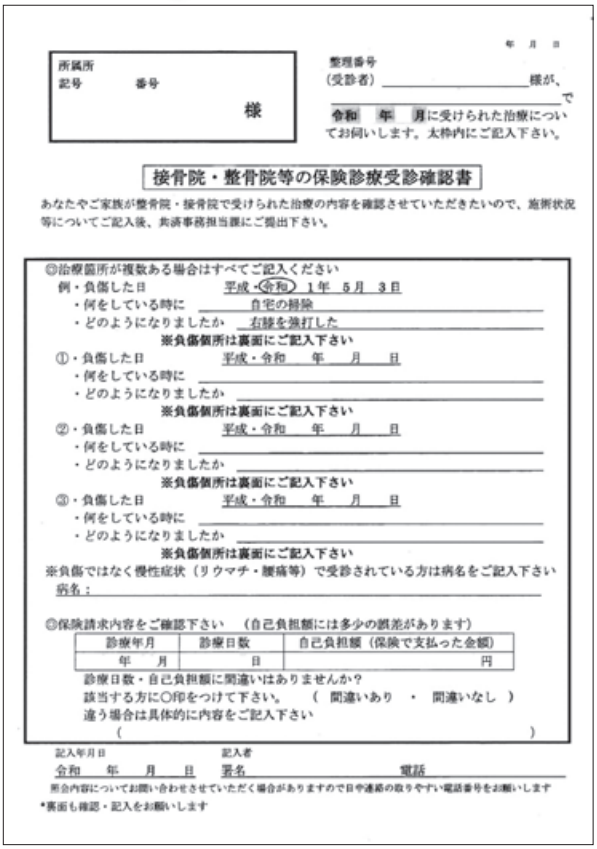
回答にご協力をお願いします



年　月　日

所属所
記号　　番号
様

整理番号
（受診者）＿＿＿＿＿＿様が、
＿＿＿＿＿＿で
令和　年　月に受けられた治療について
お伺いします。太枠内にご記入下さい。

接骨院・整骨院等の保険診療受診確認書

あなたやご家族が整骨院・接骨院で受けられた治療の内容を確認させていただきたいので、施術状況等についてご記入後、共済事務担当課にご提出下さい。

◎治療箇所が複数ある場合はすべてご記入ください
例・負傷した日　平成・令和　1年　5月　3日
・何をしている時に　自宅の掃除
・どのようになりましたか　右膝を強打した
※負傷個所は裏面にご記入下さい
①・負傷した日　平成・令和　年　月　日
・何をしている時に
・どのようになりましたか
※負傷個所は裏面にご記入下さい
②・負傷した日　平成・令和　年　月　日
・何をしている時に
・どのようになりましたか
※負傷個所は裏面にご記入下さい
③・負傷した日　平成・令和　年　月　日
・何をしている時に
・どのようになりましたか
※負傷個所は裏面にご記入下さい
※負傷ではなく慢性症状（リウマチ・腰痛等）で受診されている方は病名をご記入下さい
病名：

◎保険請求内容をご確認下さい　（自己負担額には多少の誤差があります）

診療年月	診療日数	自己負担額（保険で支払った金額）
年　月	日	円

診療日数・自己負担額に間違いはありませんか？
該当する方に○印をつけて下さい。　（　間違いあり　・　間違いなし　）
違う場合は具体的に内容をご記入下さい
（　　）

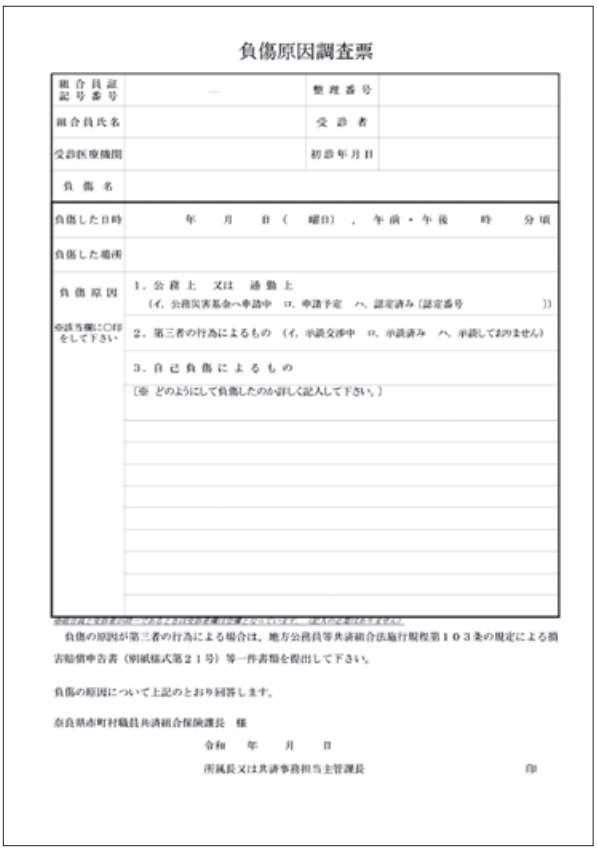
記入年月日　　記入者
令和　年　月　日　署名　　電話
照会内容についてお問い合わせさせていただく場合がありますので日中連絡の取りやすい電話番号をお願いします
*裏面も確認・記入をお願いします

接骨院・整骨院等の保険診療受診確認書について

整骨院からの療養費の請求が正しく行われているかなどの確認を行うため、「接骨院・整骨院等の保険診療受診確認書」への記入にご協力をお願いする場合があります。

勤務先より確認書が配付されましたら、ご記入の上、共済事務担当課に速やかにご提出をお願いします。

この書類の記載内容により、整骨院等への受診が直接制限されるものではありませんが、単なる疲労回復目的の受診など、保険診療扱いとならない場合がありますので、受診の際は施術担当者に保険診療扱いとなるかどうか事前に確認の上、施術を受けていただきますようお願いいたします。



負傷原因調査票

組合員証記号番号	—	整理番号	
組合員氏名		受診者	
受診医療機関		初診年月日	
負傷名			
負傷した日時	年　月　日（　曜日），午前・午後　時　分頃		
負傷した場所			
負傷原因 申請当欄に○印をして下さい	1．公務上　又は　通勤上 （イ．公務災害基金へ申請中　ロ．申請予定　ハ．認定済み（認定番号　　））		
	2．第三者の行為によるもの　（イ．示談交渉中　ロ．示談済み　ハ．示談しておりません）		
	3．自己負傷によるもの		
	（※　どのようにして負傷したのか詳しく記入して下さい。）		

負傷原因が第三者の行為による場合は、地方公務員等共済組合法施行規程第１０３条の規定による損害賠償申告書（別紙様式第２１号）等一件書類を提出して下さい。

負傷の原因について上記のとおり回答します。

奈良県市町村職員共済組合保険課長　様

令和　年　月　日

所属長又は共済事務担当主管課長　　印

負傷原因調査票について

骨折や打撲など外傷性の傷病で医療機関を受診された方を対象に、「負傷原因調査票」への記入にご協力をお願いする場合があります。

勤務先より調査票が配付されましたら、ご記入の上、共済事務担当課に速やかにご提出をお願いします。

**公務上による
負傷の場合及び通勤途中の負傷の場合
組合員証を使って受診できません！**

**第三者行為による負傷の場合、
届出をしないと
組合員証等を使って受診できません！**

正しく組合員証等を使用して受診し、医療費の適正化へのご協力をお願いいたします。