

柔道整復師等の施術に係る照会にご協力ください

高齢化やそれに伴う医療費の増大、国の医療制度維持のために支払う納付金や支援金の増大などが影響し、共済組合の短期掛金率は年々上昇する傾向にあります。

共済組合では、皆さんからいただいた保険料を適正に支出し、少しでも掛金率の上昇を抑止するため、さまざまな取り組みを行っています。

その取り組みのひとつに、柔道整復師等の施術に関する内容審査があります。

どうして確認するの？

整骨院、接骨院ではすべての施術が保険適用になるわけではありません。同じ施術でも、医師の同意の有無や、負傷原因により保険の適用を受けられないこともあります。そこで共済組合では、医療費の適正な支出のため、柔道整復師等の施術に関して受診内容確認調査を行っています。

保険適用になる主なケース

- 医師や柔道整復師に、急性又は亜急性の外傷性の骨折、脱臼、打撲及び捻挫と診断（判断）され施術をうけるとき（骨折、脱臼については、応急手当を除いて、医師の同意が必要）
- 骨、筋肉、関節のケガや痛みで、その負傷原因がはっきりしているとき

保険が適用にならない主なケース

- 単なる（疲労性・慢性的な要因からくる）肩こりや筋肉疲労
- 脳疾患後後遺症などの慢性病や症状の改善がみられない長期の施術
- 保険医療機関（病院、診療所など）で同じ負傷等の治療中のもの
- 労災保険が適用となる工作中や通勤途上での負傷

確認書ってどういうもの？

確認書では、負傷原因や、慢性症状の有無、診療日数、自己負担額などについて、おたずねします。

この確認書は、あなたが受けた施術と、接骨院・整骨院が共済組合に請求をおこなった施術の内容が、一致しているかどうかを確認するものです。

できるかぎり正確に、具体的にご記入くださいますよう、お願いいたします。



保険料
 番号
 種

照会番号
 (受診者) _____ 様
 所属 _____ 様
 所属 _____ 様に受けられた施術について
 照会させていただきます。お答えをお願いします。

接骨院・整骨院等の保険診療受診確認書
 あなたが受診された接骨院・整骨院で受けられた施術の内容を確認させていただきます。毎年度末等についてご記入後、照会業務担当にご郵送下さい。

① 保険適用が疑われる場合はすべて記入ください
 例・負傷した日
 何をしている時に _____ 地点で負傷した
 ・どのようにになりましたか？ _____ 治療を受けた
 ※保険診療が疑われる場合はご記入下さい

②・負傷した日
 何をしている時に _____
 ・どのようにになりましたか？ _____
 ※保険診療が疑われる場合はご記入下さい

③・負傷した日
 何をしている時に _____
 ・どのようにになりましたか？ _____
 ※保険診療が疑われる場合はご記入下さい

※負傷ではなく慢性症状（ドライスケール・腰痛等）で受診された場合は病名をご記入下さい
 病名 _____

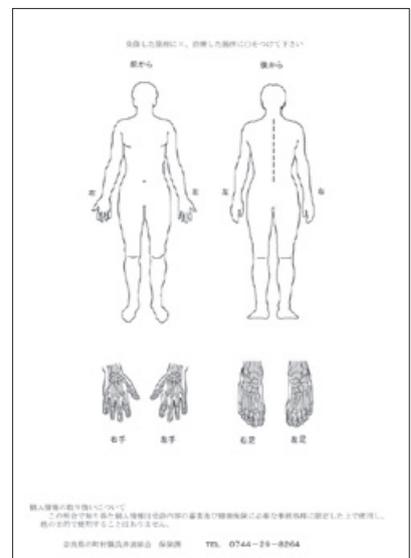
④ 保険診療内容を正確に記入下さい。（自己負担額は必ずご記入下さい）
 診療年月日 診療日数 自己負担額（円）で記入して下さい

年	月	日	円

 診療日数・自己負担額に該当しない場合は「なし」と記入して下さい
 請求するお金の金額を「円」で記入して下さい。千円単位あり。千円未満は「円」で記入して下さい。
 請求書は医療機関に内容をご記入下さい。

記入者氏名 _____ 職名 _____
 所属 _____ 電話番号 _____
 所属内についてお問い合わせください。連絡先は必ずお名前を明記してください。電話番号を明記して下さい。
 *郵送も歓迎・記入をお願いします！

〒262-8502 徳島県徳島市東区南徳島 2-1-1
 共済組合 徳島県徳島市東区南徳島 2-1-1



皆さんからいただいた保険料を適正に活用するために、ぜひ調査にご協力いただきますようお願いいたします。