

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) _____ 歳が
 受診し、____ 箇所に負傷された状態に
 あり、____ 箇所に施術を受けました。

接骨院・整骨院等の保険診療受診確認書
 あなたが受診した接骨院・整骨院で受けられた施術の内容を確認するためのものです。保険料等
 等については記入後、保険事務担当にご送付下さい。

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 _____ 箇所の _____
 ・どのようにになりましたか？ _____ 状態になりました
 ※保険適用が疑われる場合は記入下さい

② 負傷した日
 何をしている時に _____ 箇所の _____
 ・どのようにになりましたか？ _____ 状態になりました
 ※保険適用が疑われる場合は記入下さい

③ 負傷した日
 何をしている時に _____ 箇所の _____
 ・どのようにになりましたか？ _____ 状態になりました
 ※保険適用が疑われる場合は記入下さい

※負傷ではなく慢性症状（ドリップ・腰痛等）で受診された場合は病名をご記入下さい
 病名：_____

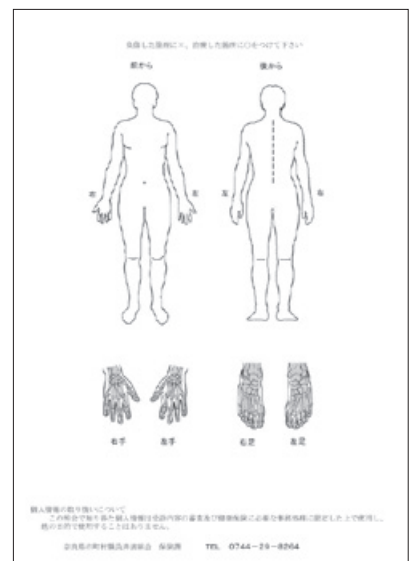
④ 保険請求内容を正確に記入下さい。（自己負担額は必ず記入して下さい）

診療年月	診療日数	自己負担額（円）	支払った保険料
年 月 日	日	円	円

 診療日数・自己負担額に間違いがないか必ずご確認ください
 請求するお金の金額を間違えてはいけません。間違い・あり / 間違い / なし /
 違う場合は保険事務担当に内訳をご記入下さい。

記入者氏名 _____ 職名 _____
 所属 _____ 電話番号 _____
 所属先住所 _____ 郵便番号 _____
 〒 _____ 市 _____ 区 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号 _____
 *印刷・複製・記入を禁じます。

2023/09/06/07/08



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。