

整骨院・接骨院の施術を受けられた方へ ～受診内容の確認～

様

この調査は、柔道整復施術療養費の適正給付を目的に行っております。
(整骨院・接骨院の受診を抑制するためのものではありません。)
お手数ですが、下記の質問に可能な限り被保険者様本人にて回答いただきますよう御協力をお願いします。

記入年月日：令和 年 月 日

受療者名		回答者 電話番号	
------	--	-------------	--

1. ○○整骨院で令和○年○月に施術を受けましたか？

☐ はい

☐ いいえ

2. ○○整骨院で令和○年○月に施術を受けた日数は、合計○○日ですか？

☐ はい

☐ いいえ (※【 】日)

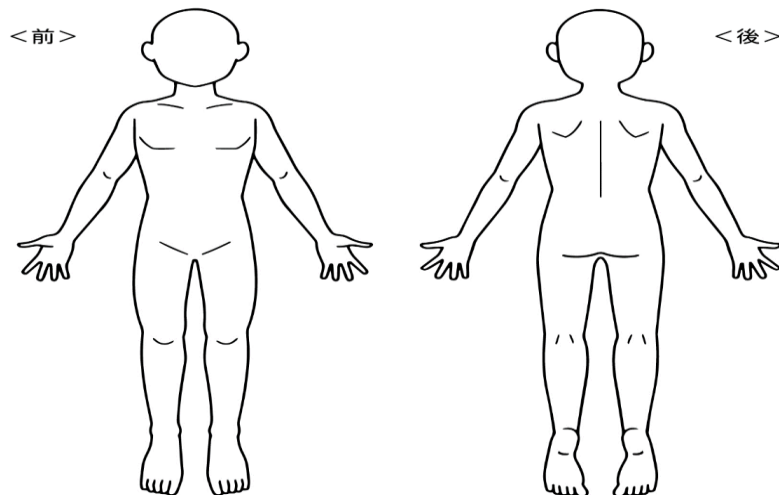
※領収書で施術を受けた日数を確認できない場合は、御記憶にある日数を記入してください。

また、施術所から領収書を受け取りましたか？

☐ 領収書受領

☐ 領収書未受領

3. 施術を受けたのは、体のどの部分を痛めたからですか？（下の絵に○をつけてください。）



4. 3で○をつけたところは、どこで、何をしている時に痛めましたか？

（例）自宅で階段から転落して足をひねった。

質問は以上です。御協力ありがとうございました。

【個人情報の取り扱いについて】

この調査により知り得た個人情報は、療養費の適正給付の目的に限定して使用し、他の目的には一切使用しません。