

傷病原因届

※ 裏面もご記入ください。

下記の項目についてもれのないようにご記入のうえ、回答期限までにご提出ください。

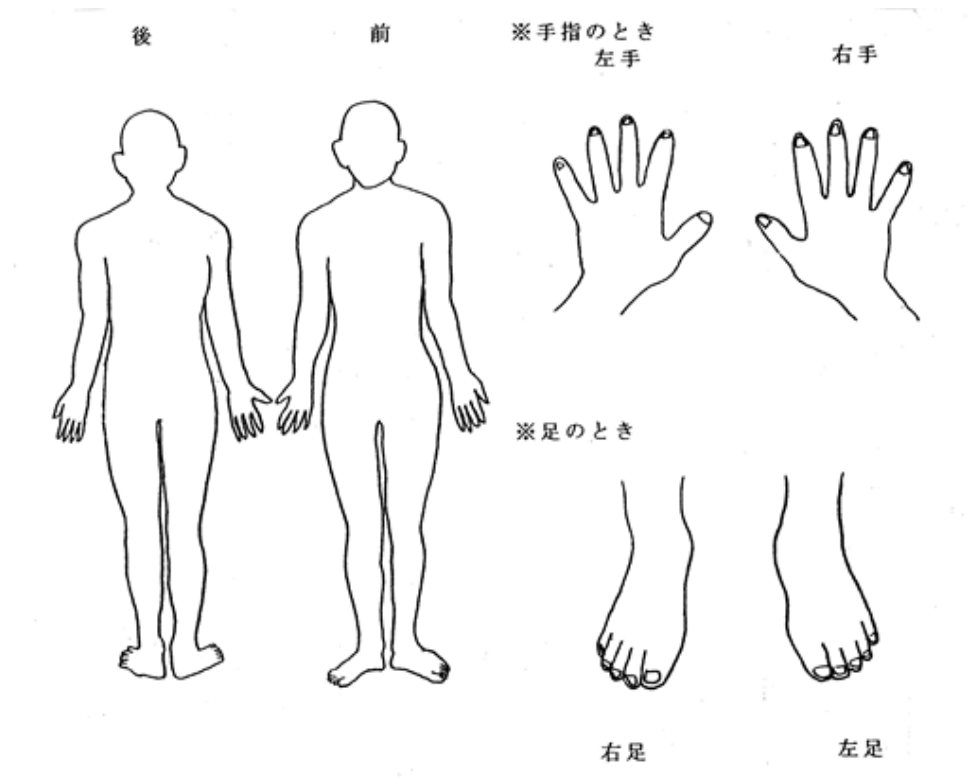
なお、ご提出をいただけないときには、この分の医療費を返還していただく場合もありますので、ご承知おきください。

(令和 年 月 照会分)		回答期限		令和 年 月 日		—			
受診医療機関名		傷 病 名				診療開始日			
受診者名				続 柄		記号番号		—	
被保険者の	氏 名				業務内容 ※職種を具体的に記入ください				
	住 所	〒 —			Tel ()				
	勤務先の所在地・名称				Tel ()				
この受診した痛みや症状は、外因性のものですか？		a. はい ・ b. いいえ		☞ ケガ以外の場合でも、痛みや身体の不調等の症状に気づいたときの状況や、受診をした経緯などを記入してください。					
この傷病の原因および、発生状況	この傷病の発生日時		a. 平 ・ 令 年 月 日 () 曜日 午前 ・ 午後 時 分 ころ b. 不明 (理由:)						
	どこで(行き先など) ※()内に具体的な場所名称を記載。またどこかへ向かうと通であったときは行き先を記載。		a. 自宅 () ・ b. その他 ()						
	何をしているとき ※ 用事の目的や、作業の内容や動作をできるだけ具体的に記入してください。 ※ 被保険者、および今回受傷した家族がパートやアルバイトをしているときには「その日は…」は必ずご記入ください。		* その日は… 勤務日(出張を含む) ・ 公休日 ・ 会社の休日 ・ 私用で休み ・ その他 ()						
	体のどこの部位が								
	どうした(どうなった) ※ 受傷後、または痛みを感じた時にすぐに受診しなかった場合は、その理由を記入してください。 ※ 同じ傷病で数力所の医療機関で治療を受けた場合には、転院した経緯をお教えてください。								
受診の状況	この傷病で受診した医療機関等の名称		診療や施術を受けた期間		転 帰		診療区分		
	上記の受診医療機関		年 月 日～ 年 月 日		継続中・治ゆ・中止		健保・その他		
	上記以外にも、この傷病で受診した医療機関があるとき		年 月 日～ 年 月 日		継続中・治ゆ・中止		健保・その他		
この傷病が通勤途中・仕事の場合 ※ 家族のパート・アルバイト中の場合も	傷 病 日 の 就 業 場 所				通勤経路 および災害発生場所	(略図)			
	傷病日に、自宅を出勤途中の場合は出た時刻、帰宅途中の場合は自宅へ戻った時刻		午前 ・ 午後 時 分頃						
	傷病日の就業を開始した時刻		午前 ・ 午後 時 分頃						
	傷病日に就業を終了した時刻		午前 ・ 午後 時 分頃						
	傷病日に就業場所を出た時刻		午前 ・ 午後 時 分頃						
	通 勤 所 要 時 間		時間 分位		通 勤 方 法	徒歩 ・ 自転車 ・ 自動車 ・ バイク ・ 電車 バス ・ その他 ()			
この傷病の原因に、「第三者」がいますか？		a. いる b. いるが不明 c. いない		☞ 業務上や通勤災害以外で、「交通事故および交通事故以外の第三者がいる場合(飼い主がいる動物による咬傷、建物等管理不備による事故など)」(受診者の過失が大きい場合であっても)または「自損事故の場合」などで健康保険を使用したときには、別の詳細な届出用紙の提出が必要です。これらに該当するときには、事前健康保険組合(Tel 043-241-6412)までご連絡ください。なお、現在、相手が不明であっても届出は必要です。					

傷病原因届

～ 接骨院・整骨院などで柔道整復師に施術を受けた方は、必ずご記入ください ～

痛みのあった部位に「×」印を付け、また施術を受けた部位は「○」印で囲んでください。



下記の設問に対して、該当するものに「○」（「その他」を選択した場合は、その内容を記入）を付けてください。

同じ痛みで、医療機関（接骨院・整骨院ではなく病院・診療所など医師に）で診察を受けたことがありますか。	a . 受けた （→ 表面の「医療機関」欄に、名称・所在地・診療期間を記入してください。） b . 受けていない
接骨院・整骨院で施術を受けるとき、表面に記載されました「傷病原因および発生状況」の内容を説明しましたか。	a . 説明した b . 聞かれたが、説明をしなかった c . 何も聞かれなかったので、特に説明しなかった
健康保険を使用するための「療養費支給申請書」（あなたが受領を委任した柔道整復師から組合への請求書・A4サイズ用紙）に、接骨院・整骨院の窓口で、施術を受けた本人または家族が署名しましたか。	a . 申請書に、自分・家族 が署名をした b . 自分・家族 とともに、申請書には署名をしていない c . その他（ ）
が a . b . の回答のとき、「療養費支給申請書」に書かれていた内容（負傷日・負傷名・治療回数など）を確認しましたか。	a . 確認した b . 確認していない（→ 1） （確認しなかった理由： ）
施術を受けた内容について、具体的にお教えてください。	a . マッサージ b . 電気 c . 湿布 d . 固定 e . 鍼 f . 灸 g . その他（ ）
施術を受けた際の「領収書」の交付について、お教えてください。→ ご回答が a . の場合は（ ）内の該当するものを○で囲んでください。	a . （支払いの都度 ・ 月毎 ・ 最後にまとめて ）交付をもらった b . 請求したが、交付をしてもらえなかった（→ 2） c . その他（ ）

1 整骨院・接骨院などで健康保険での施術を受けた場合は、療養費の支給をあなたが柔道整復師へ受領委任するため、自署の署名が必要です。請求の誤りを防ぐためにも、必ず療養費支給申請書に記載されている内容（負傷日・負傷名・治療回数など）を確認してから、署名や捺印をしてください。未確認のままで、白紙に署名をしないでください。

2 整骨院・接骨院などでは、平成 22 年 9 月 1 日から「領収書」の無償交付を義務付けられています。施術の状況・内容を確認するためにも、必ず交付を受けましょう。また、ケガで治療を受けて支払った診療代の「領収書」は医療費控除の対象となりますので、大切に保管してください。

なお、組合へ申請（請求）のありました療養費支給申請書の内容審査のため、後日、「領収書」（写）をご提出いただく場合もございます。

受診者氏名 _____

被保険者氏名 _____

この受診者・被保険者の氏名欄は、施術を受け申請書に署名したご本人、また署名が不可能な小さなお子様の場合には施術と一緒に付いて行かれた方が、ご記入ください。

ご協力いただきありがとうございました ☺