

柔道整復師等の施術に係る共済組合からの照会にご協力ください

当組合では、医療費の更なる適正化を図る観点から、整骨院・接骨院等に係る受診内容の照会を全支部において開始します。

柔道整復師等（はり師・きゅう師、あん摩・マッサージ・指圧師を含む。以下同じ。）から施術を受けた場合、受診照会のご回答をお願いします。

1 実施の背景

当組合においては、組合員の医療給付費が増加し、短期掛金率の引上げが続く中で、組合員の平均給料月額が年々減少しており、医療費の更なる適正化が急務となっています。

また、平成24年3月12日付けの厚生労働省通知「柔道整復師の施術の療養費の適正化への取組について」により、「接骨院・整骨院（柔道整復師）において、多部位（負傷の部位が複数あること）、長期又は頻度が高い施術を受けた人等に対して文書照会による調査を実施し、柔整療養費支給の適正に努めること」との指導があったところから、当組合では、組合員の皆様からの掛金を適正かつ有効に利用するため、組合員及び被扶養者（以下「組合員等」という。）、柔道整復師等への施術内容の照会を開始いたします。

2 実施内容

- ① 療養費支給申請書の施術内容の点検を行い、その結果、調査の必要が生じた一部の療養費支給申請書について、施術内容の照会を実施いたします。
- ② 施術内容の照会については、対象となる組合員等に対し照会文書「柔道整復師等の受診照会について」を送付しますので、回答期限までに所定の宛先に必ず返信するようにしてください。
- ③ 療養費支給申請書の施術内容の点検、照会文書の発送及び問い合わせ対応は、株式会社オークスに業務委託して行います。

照会文書は、施術を受けられてから概ね2か月経過してからお送りします。

柔道整復師等の施術を受けられたときは、領収書を必ず受け取り、保管し、施術内容（受診日、施術箇所など）をご自身で回答書にご記入するようお願いします。

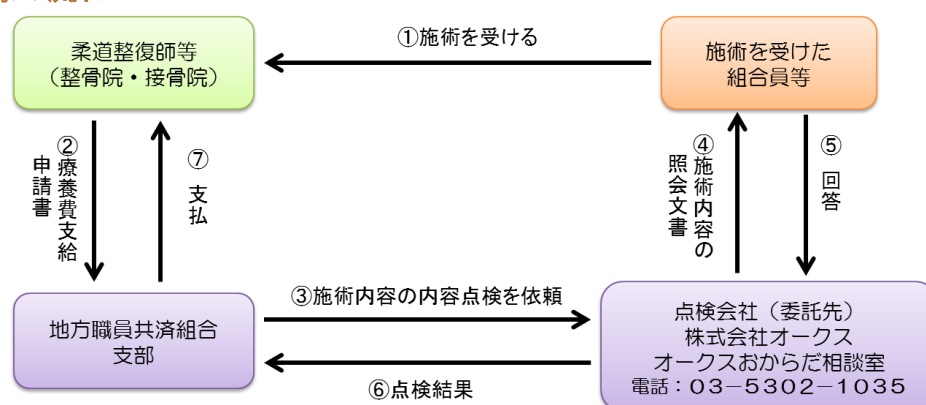
3 実施時期

平成25年5月から

4 個人情報の取扱いについて

個人情報保護法に基づき、委託先との間で照会文書「柔道整復師等の受診照会について」において回答いただいた内容は、柔整等療養費の点検及び確認以外には使用しない旨の契約を締結しています。

5 実際の流れ



平成25年〇月〇〇日

組合員及び被扶養者 各位

地方職員共済組合

柔道整復師等の受診照会について

日頃、当共済組合の短期給付事業にご理解とご協力をいただきまして誠にありがとうございます。

近年、当共済組合における医療費等の支出が増加の一途をたどり、厳しい財政状況が続いております。このような環境の中、医療費適正化の一環として、柔道整復師等から施術を受けた方に、必要に応じて施術内容等を確認するための回答書をお送りさせていただくことにいたしました。

柔道整復師等からの請求内容は、受診された内容と相違しているケースが少なからずあるため、専門業者に施術内容の確認を委託することとし、照会（回答書送付）は外部委託業者から直接行われますので、ご承知おきください。

なお、この照会は、地方公務員等共済組合法第58条に規定する療養費を支給するにあたり、「やむを得ない」と認める内容か否かを判断するために行うものです。

必ず受診された方がご自身で回答いただき、返送をお願いいたします。

※ 柔道整復師等には、柔道整復師のほか、はり師、きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師を含みます。

【地方公務員等共済組合法第58条第1項】

（療養費）

第五十八条 組合は、療養の給付若しくは入院時食事療養費、入院時生活療養費若しくは保険外併用療養費の支給（以下この項において「療養の給付等」という。）をすることが困難であると認めたとき、又は組合員が保険医療機関等以外の病院、診療所、薬局その他の療養機関から診療、手当若しくは薬剤の支給を受けた場合において、組合がやむを得ないと認めたときは、療養の給付等に代えて、療養費を支給することができる。

問い合わせ先

株式会社オークス

オークスおからだ相談室

電話：03-5302-1035

受診内容(負傷状況)回答書

※必ずご本人(受診者)が、以下の項目にご記入、あるいは○をしてください。 整理番号: _____

記入日 年 月 日

※「組合員氏名」をご記入ください↓

組合員証	記号		組合員氏名	
	番号		受療者氏名	

〔1〕受診した理由は何ですか？

- ・骨折 脱臼 捻挫 打撲 挫傷(肉離れ)
- ・慢性的な傷病や疲れを癒すため
- ・その他 ()

〔2〕いつからの痛みですか？

- ・平成 年 月 日, 平成 年 月 日, 平成 年 月 日
- ・不詳
- ・その他 ()

〔3〕どこで痛めましたか？

- ・自宅 ・外出中(私用) ・仕事中 ・通勤途中 ・交通事故
- ・不詳 ・その他 ()

〔4〕何をしていて痛めましたか？ ※該当するところに全て○をしてください。

- 1, スポーツ等による単なる筋肉疲労(筋肉痛)
- 2, 骨折や捻挫等が一度治癒した後に自然に痛くなった
- 3, 自然に痛くなった(原因不明)
- 4, 日常生活による単なる肩こり, 腰痛
- 5, 日常生活やスポーツ等によりケガをした
- 6, 医師が治療すべきもの(五十肩, 脳疾患後遺症, リウマチ, 神経痛, 椎間板ヘルニア, 関節炎等)
- 7, その他 ()

〔5〕どこを痛めましたか？ ※(1. 右肩 2. 右手首等)具体的に、全ての部位をご記入ください。

1. _____ 2. _____ 3. _____ [裏の図にも`しるし`をお願いいたします]

〔6〕治療内容は？

- ・電気 ・マッサージ ・湿布 ・固定 ・はり ・灸 ・その他()

〔7〕負傷した原因や受診した理由を接(整)骨院の方へ説明しましたか？

- ・説明した ・説明していない ・憶えていない

〔8〕治療した期間, 日数, 治療費, 現在の状況をご記入ください。

治療期間	照会文書にある受診年月 を含め、前後3ヶ月につい てご記入ください。→	平成 年 月 日間位
初診日 平成 年 月 日		平成 年 月 日間位
最終通院日 平成 年 月 日		平成 年 月 日間位

窓口での支払い 初回 円, 2回目以降 円 *領収書と照合してご記入ください。

*保険外での治療 ・受けた(1回 円) ・受けていない

現在の状況 ・治療 ・中止 ・現在も治療中

〔9〕「療養費支給申請書」の委任欄に受診した患者さん本人が署名または捺印しましたか？

- ・自分で署名した ・自分で捺印した ・印鑑を窓口にあずけた
- ・署名のことなど知らない ・署名, 捺印とも自分のものではない
- ・その他 ()

裏面に続きます→

〔10〕今回の接（整）骨院での治療と同時期に、同じ痛みにより他の医療機関を受診されましたか？

・ 受診した 期間 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日

病院名

医師から言われた傷病名

* 病院の医師から言われた内容を接（整）骨院に伝えましたか？

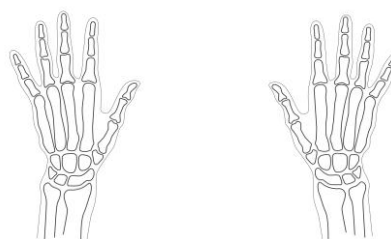
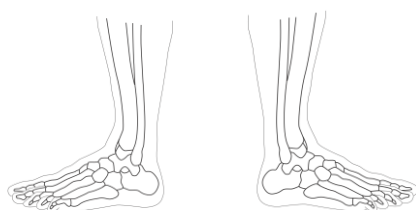
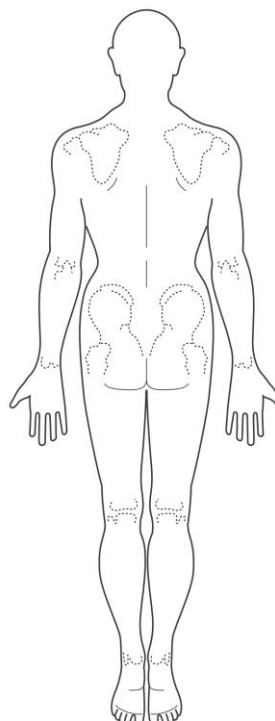
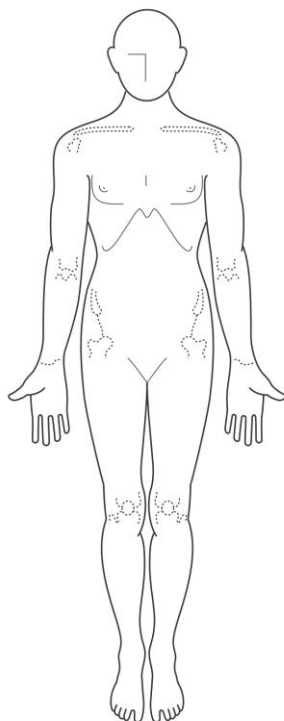
・ はい ・ いいえ

・ 受診していない

〔11〕負傷した箇所に×印、治療した箇所に○印を付けてください。

全身図〈前面〉

全身図〈後面〉



左足首

右足首

左手

右手

〔12〕今回照会した受診内容に関して、何かお気づきの点がございましたらご記入ください。

※ ご回答ありがとうございました。

今回の調査（照会）についてご回答いただいた内容は、柔道整復師療養調査以外には使用いたしません。