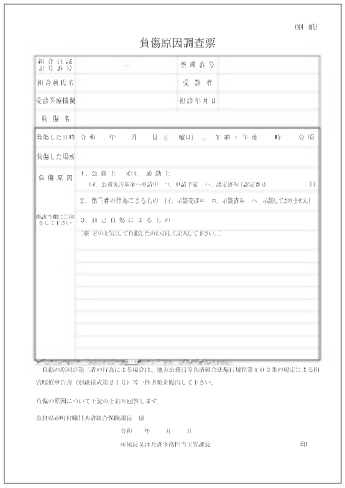
ご協力等をお願いします

調査依頼が届いたら回答にご協力を

<負傷原因>

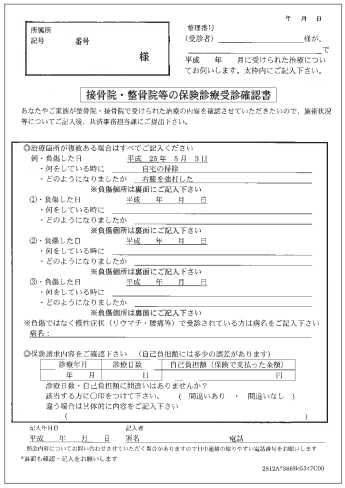
この調査は、医療機関で治療された場合、その負傷の原因が、第三者行為や公務災害でないかを確認するための調査です。


様式1

負傷原因調査票

<受診確認調査>

この調査は、柔道整復師等で施術された場合、受診内容等について確認するための調査です。


年　月　日

医療所
記号　番号
様

整理番号
（受診者）＿＿＿＿＿＿様が、
＿＿＿＿＿＿＿＿で
平成　年　月に受けられた施療について
お伺いします。太枠内にご記入下さい。

接骨院・整骨院等の保険診療受診確認書

あなたやご家族が整骨院・接骨院で受けられた施療の内容を確認させていただきたいので、施術状況等について記入後、共済事務担当課にご提出下さい。

◎治療箇所が複数ある場合はすべてご記入ください
例・負傷した日　平成　25年　5月　31日
・何をしている時に　自宅の掃除
・どのようになりましたか　右腕を骨折した
※負傷個所は裏面にご記入下さい
①・負傷した日　平成　年　月　日
・何をしている時に
・どのようになりましたか
※負傷個所は裏面にご記入下さい
②・負傷した日　平成　年　月　日
・何をしている時に
・どのようになりましたか
※負傷個所は裏面にご記入下さい
③・負傷した日　平成　年　月　日
・何をしている時に
・どのようになりましたか
※負傷個所は裏面にご記入下さい
※負傷ではなく慢性症状（リウマチ・腰痛等）で受診されている方は病名をご記入下さい
病名：

◎保険請求内容をご確認下さい　（自己負担額には多少の誤差があります）

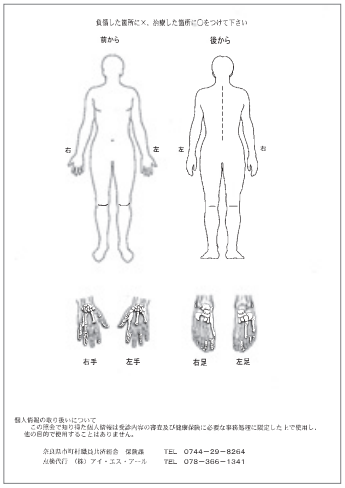
診療年月	診療日数	自己負担額（保険で支払った金額）
年　月	日	円

診療日数・自己負担額に間違いはありませんかで
該当する方に○印をつけて下さい。　（　間違いあり　・　間違いなし　）
違う場合は具体的に内容をご記入下さい
（　　）

記入年月日　記入者
平成　年　月　日　署名　　電話

照会内容についてお問い合わせさせていただく場合がありますので日中連絡の取りやすい電話番号をお願いします
*資料も確認・記入をお願いします

2812A*3869-5347000


負傷した箇所に×、治療した箇所に○をつけて下さい

前から　後から

右　左　左　右

右手　左手　右足　左足

個人情報の取り扱いについて
この調査で取り扱う個人情報は受診内容の確認及び健康保険に必要な事務処理に限定した上で使用し、他の目的で使用することはありません。

奈良県市町村職員共済組合　保険課　TEL　0744－29－8264
近畿代行（株）アイ・エス・プール　TEL　078－366－1341

交通事故や傷害事件による治療のときは連絡を

<組合員証の使用をする場合>

交通事故や傷害事件等により、組合員やその被扶養者の方が負傷し、医療機関で「組合員証」を使用して治療を受けるときは、**必ず共済組合まで連絡（届出）**してください。

↓

連絡（届出）を受けて共済組合は、治療のための医療費を加害者（相手方）に代わって立替払いすることになります。

↓

立替払いした医療費を加害者（又は保険会社）に対し請求（求償）します。

組合員証を使用して治療を受ける場合は、「相手方に治療費の請求をしない」、「自己負担分のみの補償を受けただけで示談する」など**絶対にしない**でください。

↓

共済組合が一時的に負担した医療費が**回収できなくなってしまいます。**

↓

負担した医療費は、**みなさんの掛金、所属所からの負担金で賄っています。**

↓

過失の多少、ひき逃げによる相手不明、自損事故等にかかわらず**『使用する場合』は連絡（届出）ください。**