保険課からのお知らせ

柔道整復師の施術にかかる照会について

柔道整復師にかかった療養費（以下「柔整療養費」という。）の支払いは、医療機関と同じように、皆さまの掛金・負担金から支払われております。下表のとおり平成18年度から増加し続けており、平成24年度では件数・金額ともに減少したものの横ばい状態となっております。

最近では柔道整復師からの架空請求や水増し請求、不正な部位転がしなどが社会問題となっていることから、厚生労働省がその適正化に向けた取組みを実施するよう通知しているところです。

共済組合でも、これに準じて柔整療養費の適正化の一環として、組合員及び被扶養者の方に施術内容の照会を実施いたしますので、お手数をおかけしますがご協力をお願いいたします。

柔道整復療養費統計

年度	療養費			家族療養費		
	件数(件)	日数(日)	金額(円)	件数(件)	日数(日)	金額(円)
18	26,139	139,618	140,602,092	19,180	105,741	110,064,958
19	28,739	150,798	152,733,378	21,311	118,476	123,667,483
20	30,299	151,895	155,478,090	21,636	120,014	126,760,228
21	31,610	154,393	159,691,208	21,729	121,030	124,202,943
22	33,008	156,246	162,892,954	21,639	113,486	121,606,886
23	33,035	150,950	156,838,966	21,902	110,194	119,427,019
24	33,004	150,245	148,478,150	21,367	110,933	106,776,826

照会対象者

3部位以上で施術を受けている方
頻繁に施術を受けている方など

照会時期

平成26年1月下旬を予定

照会方法

下記委託先が代行いたします。

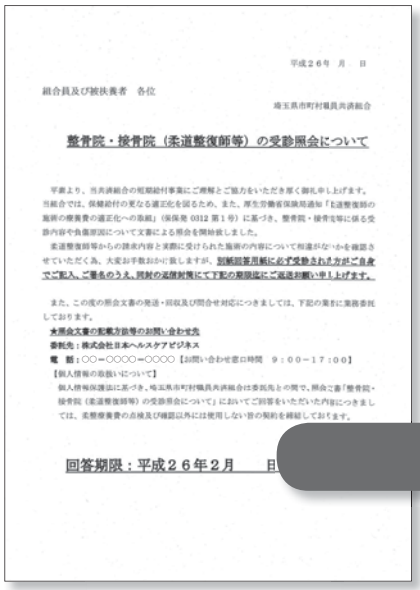
●株式会社　日本ヘルスケアビジネス

＊個人情報取扱いにかかる「プライバシーマーク」付与。「JIS Q 15001」を取得している事業者です。

●委託内容　①照会書の発送　②回収
③内容審査　④問い合わせ窓口

● 照会にかかる個人情報の取扱いについて ●

この照会により知り得た個人情報は、柔道整復療養費支給申請書の点検内容及び当共済組合の事務処理に限定して使用し、他の目的には一切使用いたしません。



平成２６年　月　日

組合員及び被扶養者　各位

埼玉県市町村職員共済組合

整骨院・接骨院（柔道整復師等）の受診照会について

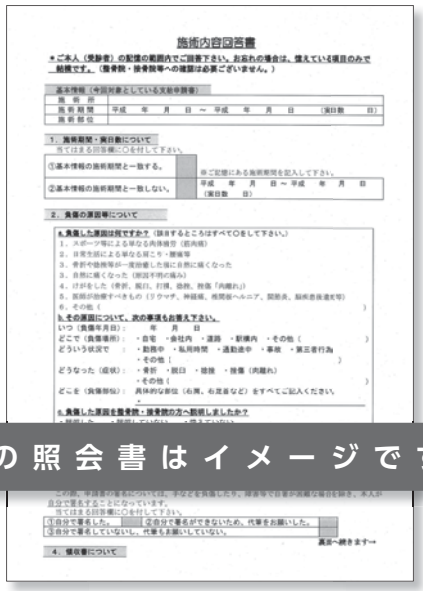
平素より、当共済組合の短期給付事業にご理解とご協力をいただき厚く御礼申し上げます。当組合では、保健給付の更なる適正化を図るため、また、厚生労働省保険局通知「柔道整復師の施術の療養費の適正化への取組」（保保発 0312 第１号）に基づき、整骨院・接骨院等に係る受診内容や負傷原因について文書による照会を開始致しました。

柔道整復師等からの請求内容と実際に受けられた施術の内容について相違がないかを確認させていただく為、大変お手数おかけ致しますが、別紙回答用紙にめず受診されたかがご自身でご記入、ご署名のうえ、同封の返信封筒にて下記の期限にご返送お願い申し上げます。

また、この度の照会文書の発送・回収及び問合せ対応につきましては、下記の業者に業務委託しております。

★照会文書の記載方法等のお問い合わせ先
委託先：株式会社日本ヘルスケアビジネス
電　話：○○－○○○○－○○○○【お問い合わせ受付時間　９：００－１７：００】
【個人情報の取扱いについて】
個人情報保護法に基づき、埼玉県市町村職員共済組合は委託先との間で、照会ご書「整骨院・接骨院（柔道整復師等）の受診照会について」において回答をいただいた内容につきましては、柔整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おります。

回答期限：平成２６年２月　日



施術内容回答書

＊ご本人（受診者）の記憶の範囲内でご回答下さい。お忘れの場合は、覚えている項目のみで結構です。（整骨院・接骨院等への確認は必要ございません。）

基本情報（中回対象としている支給申請書）

施術所	
施術期間	平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日　（実日数　日）
施術部位	

1．施術期間・実日数について
当てはまる回答欄に○を付して下さい。

①基本情報の施術期間と一致する。	
②基本情報の施術期間と一致しない。	※ご記憶にある施術期間を記入して下さい。 平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日 （実日数　日）

2．負傷の原因等について

a．負傷した原因は何ですか？（該当するところはすべて○をして下さい。）
1．スポーツ等による単なる肉体疲労（筋肉痛）
2．日常生活による単なる肩こり・腰痛等
3．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（原因不明の痛み）
4．けがをした（骨折、脱臼、打撲、捻挫、挫傷（肉離れ））
5．医師が治療すべきもの（リウマチ、神経痛、椎間板ヘルニア、関節炎、脳疾患後遺症等）
6．その他（　　）

b．その原因について、次の事項をお答え下さい。
いつ（負傷年月日）：　年　月　日
どこで（負傷場所）：・自宅　・会社内　・道路　・駅構内　・その他（　　）
どういう状況で　：・勤務中　・私用時間　・通勤途中　・事故　・第三者行為　・その他（　　）
どうなった（症状）：・骨折　・脱臼　・捻挫　・挫傷（肉離れ）　・その他（　　）
どこを（負傷部位）：具体的な部位（右肩、右足首など）をすべてご記入ください。

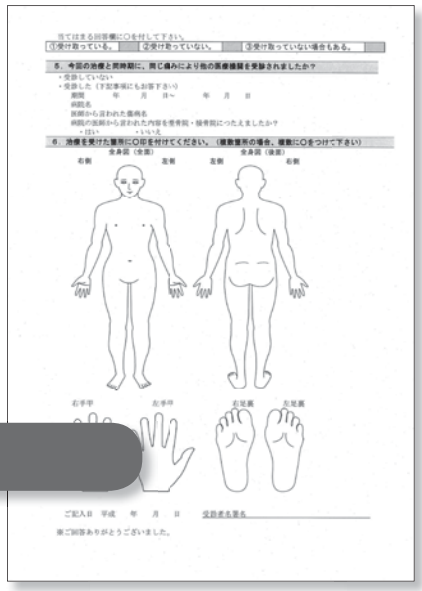
c．負傷した原因を整骨院・接骨院の方へ話明しましたか？

この欄、平素書の署名については、手足などを負傷したり、障害等で自書が困難な場合を除き、本人が自分で署名することになっています。
当てはまる回答欄に○を付して下さい。

①自分で署名した。	②自分で署名ができないため、代筆をお願いした。
③自分で署名していない。代筆もお願いしていない。	

裏面へ続きます→

4．傷病名について



当てはまる回答欄に○を付して下さい。
①受け取っている。　②受け取っていない。　③受け取っていない場合もある。

5．今回の治療と同時期に、同じ傷みにより他の医療機関を受診されましたか？
・受診していない
・受診した（下記事項にもお答下さい）
期間　　年　月　日～　　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整骨院・接骨院にのたえましたか？
・はい　　・いいえ

6．治療を受けた箇所に○印を付けてください。（複数箇所の場合、複数に○をつけて下さい）
全身図（全面）　右側　左側　全身図（後面）　左側　右側
右手甲　左手甲　右足裏　左足裏

ご記入日　平成　年　月　日　受診者名署名

※ご回答ありがとうございました。

この照会書はイメージです。