

(別添)

不適切な被保険者等への照会の連絡票

保険者名	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ () 支部) <input type="checkbox"/> 健康保険組合 () 組合) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 ()) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療広域連合 ())
被保険者等への照会 実施者(委託業者)名	
具体的な内容	

※被保険者等への照会票の添付をお願いいたします。

連絡者の氏名 施術所名 住所 連絡先	
-----------------------------	--

【相談窓口】

厚生労働省 保険局医療課内 柔道整復療養費被保険者等への照会担当

E-mail : juseisyoukai@mhlw.go.jp

FAX : 03-3508-2746