

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 checked="" 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	<p>、1部位 月1回での受診照会の正当性の疑問</p> <p>、整骨院の正しいかかり方の内容について確認したら、名前と印を押して受診照会書と一緒に返信をする。</p>

※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