

連絡先
 所属・支社: **向日葵支社**
 IP・内線: **000** 担当: **健**

太陽生命健康保険組合 理事長 殿

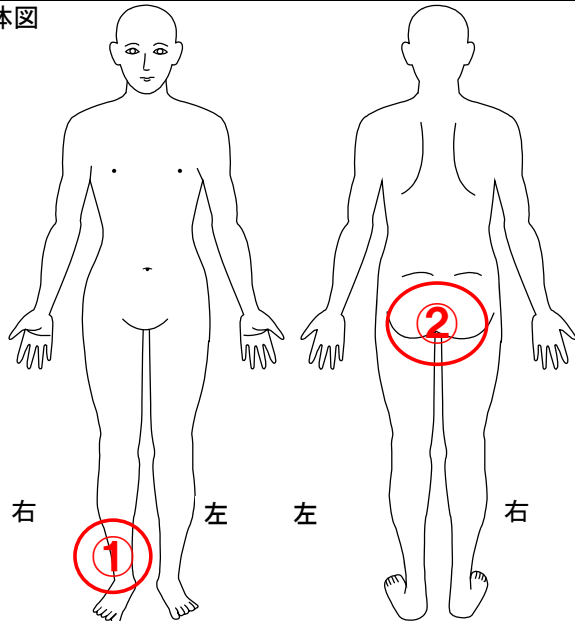
※該当する元号に○をして下さい

からだを痛めた時の状況連絡票 平成・**令和**元 年 **7** 月 分

※お手数でも、施術所ごと、1ヶ月ごとに提出願います

所 属	(株) 向日葵 <small>支社 営業所 課</small>			
記号一 番号 被保険者氏名	1000-12345	氏名	太陽 花子	
施術を受けた者の氏名	※本人は続柄に本人と記入 氏名 太陽 花子 続柄(本人)			
施術所名(接骨院・整骨院名)	☆☆☆接骨院			
いつ(身体を痛めた日) ※元号に○をして下さい	身体を痛めたときの状況について ●の設間にはチェックでお答え下さい			
① 部位目	平成・ 令和 元 年 7 月 7 日 (日)	何をしているとき	どのようなことをして	身体のどこが どうなった
	<input type="checkbox"/> 業務中(通勤途上含) <input checked="" type="checkbox"/> 業務外	ジョギング中に	溝につまづき、転倒して	右の足首を捻った
	●身体を痛めた箇所と施術(治療)箇所は同じですか→		<input checked="" type="checkbox"/> 同じ <input type="checkbox"/> 異なる <input type="checkbox"/> 痛めた場所と異なる場所の両方	
	●その時の状況を柔道整復師へ説明しましたか→		<input checked="" type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> しない	
	●施術を受けた月末時点での状況は、いかがですか→		<input type="checkbox"/> 治ゆしました <input checked="" type="checkbox"/> 継続しています <input type="checkbox"/> 中止しました	
※いつ頃、治る予定ですか(治癒見込)→		令和元 年 8 月頃		
② 部位目	平成・ 令和 元 年 7 月 8 日 (月)	何をしているとき	どのようなことをして	身体のどこが どうなった
	<input type="checkbox"/> 業務中(通勤途上含) <input checked="" type="checkbox"/> 業務外	買い物中	足を滑らせ、尻もちをついた時	お尻を強打した
	●身体を痛めた箇所と施術(治療)箇所は同じですか→		<input checked="" type="checkbox"/> 同じ <input type="checkbox"/> 異なる <input type="checkbox"/> 痛めた場所と異なる場所の両方	
	●その時の状況を柔道整復師へ説明しましたか→		<input checked="" type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> しない	
	●施術を受けた月末時点での状況は、いかがですか→		<input checked="" type="checkbox"/> 治ゆしました <input type="checkbox"/> 継続しています <input type="checkbox"/> 中止しました	
※いつ頃、治る予定ですか(治癒見込)→		令和元 年 7 月頃		
③ 部位目	平成・令和 年 月 日 ()	何をしているとき	どのようなことをして	身体のどこが どうなった
	<input type="checkbox"/> 業務中(通勤途上含) <input type="checkbox"/> 業務外			
	●身体を痛めた箇所と施術(治療)箇所は同じですか→		<input type="checkbox"/> 同じ <input type="checkbox"/> 異なる <input type="checkbox"/> 痛めた場所と異なる場所の両方	
	●その時の状況を柔道整復師へ説明しましたか→		<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> しない	
	●施術を受けた月末時点での状況は、いかがですか→		<input type="checkbox"/> 治ゆしました <input type="checkbox"/> 継続しています <input type="checkbox"/> 中止しました	
※いつ頃、治る予定ですか(治癒見込)→		令和 年 月 頃		

人体図



人体図に、すでに施術中の部分と今回新たに痛めた該当箇所すべてに○をつけて下さい

- ※注意※
- ※並行して医療機関で同じ傷病の治療を受けた場合は保険扱いになりません。
 - ※骨折・脱臼は応急手当以外、応急手当以降の施術には医師の同意が必要です。
 - ※慢性的なものは保険適用になりません。

上記の通り、柔道整復師の施術を受けたことを報告いたします
 以上の内容に間違いありません

※直筆で署名願います

被保険者氏名 **太陽 花子**



※長期に渡る施術(目安:約3ヶ月)は内科的要因も考えられますので医療機関への受診を強くオススメします。