

## 患者ごとの償還払いへの変更が不適切に行われたと考えられる事例の連絡票

保険者等 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 (            )
患者類型	<input type="checkbox"/> 自己施術に係る療養費の請求が行われた柔道整復師である患者 <input type="checkbox"/> 自家施術を繰り返し受けている患者 <input type="checkbox"/> 保険者等が患者照会を繰り返し行っても回答しない患者 <input type="checkbox"/> 複数の施術所において同部位の施術を重複して受けている患者
具体的な 内容	
患者氏名	
連絡者の 氏名 住所 連絡先	

## 【相談窓口】

厚生労働省 保険局 医療課内 柔道整復療養費担当

E-mail : shoukan-judo@mhlw.go.jp