

# 大阪柔整保険部だより

OSAKA JUDO THERAPIST ASSOCIATION  
OSAKA JUDO THERAPIST COOPERATIVE



ダイジェスト版

## \* 大阪市生活保護「給付要否意見書」H21年4月1日より変更！(最終ページ参照)

大阪市生活保護の「給付要否意見書」が4月1日より変更されます。

主な変更点、①見込み回数 ②往療の必要性

③往療理由 ④所要経費概算見積(2か月目・3か月目)

の記載が必要となっております。

## \* 保険者変更通知

### 【保険者名称変更】

変更日 H21年4月1日

変更前	
近畿コカ・コーラ健康保険組合	
変更後の保険者名称	
保険者名	コカ・コーラウエストグループ
保険者番号	健康保険組合 06272710

変更前	
神鋼電機健康保険組合	
変更後の保険者名称	
保険者名	シンフォニアテクノロジー
保険者番号	健康保険組合 06240451

変更日 H21年4月1日

変更前	変更内容
静岡県家具健康保険組合 06220958	<b>解散</b>
変更後の保険者名	
保険者名	協会けんぽ 静岡支部
保険者番号	01220011

**\*要注意！ 保険証の確認を！**

**高齢受給者（70～74歳）の  
一部負担金割合について**

- ・ 特例措置実施要綱の一部改正し、平成21年度についても軽減特例措置を継続することとした。

**平成22年3月31日まで1割負担**

**支給申請書4月受付について**



**4月1日(水)**

**2日(木)**

**3日(金)**

**4日(土)**

**5日(日)**

**受付時間AM9:00～PM5:00**



支給申請書(レセプト)・自賠責・労災・その他に関する  
ご質問、お問い合わせは保険部ホットラインまで  
**FAX(06)－6459－0324**

大阪市生活保護 H21年4月1日より変更

給付要否意見書

月分 月分 月分

下記の者にかかる施術

の給付について意見を求めます。

※ ケース番号	※	※ 受理年月日	年 月 日
※ 患者氏名	生		
※ 指定施術機関	※ 他法活		
要 否	傷 病 名 ・ 部 位	初回 (初検) 年月日	転 帰 ( 継続のとき )
	(1)	年 月 日	年 月 日 治癒・中止・継続
	新たに記載が必要となった項目 ● 見込み回数 ● 往療の必要性 ● 往療理由 ● 所要経費概算見積 (2か月目・3か月目)	年 月 日	日 治癒・中止・継続
		日	日 治癒・中止・継続
		日	日 治癒・中止・継続
		日	日 治癒・中止・継続
		見込期間	
		月から 月	
		見込回数	
		月あたり 回	
意 見	往療の必要性	要・不要	往療が必要な理由 (歩行困難等)
	(患者氏名)		
所 要 経 費 概 算 見 積	について上記のとおり、給付を (1. 要する 2. 要しない) と認めます。		
	年 月 日		
	指定施術者	所在地	名称 氏名 (印)
所 要 経 費 概 算 見 積	今回施術日以後1か月目	2か月目	3か月目
	円	円	円
	(患者氏名)		
医 師 同 意	の施術について上記のとおり概算見積します。		
	年 月 日		
	指定施術者	所在地	名称 氏名 (印)
※ 嘱託医意見	(この欄は、同意を求められた医師が記載する欄です。)		同意年月日 年 月 日
	記載者	嘱託医審査印	
1. 医師 指定医療機関の所在地及び名称		(印)	
2. 施術者 院 (所) 長		(印)	
1. 承認 2. 不承認 3. 保留 4. 本庁協議 (印)			

※印は、保健福祉センター記載欄  
(注意) 柔道整復の場合は、脱臼又は骨折 (応急手当を除く) の場合のみ医師の同意が必要です。あんま・マッサージ及びはり・きゅうの場合は、すべて医師の同意が必要です。「医師同意」欄は、柔道整復の場合、及び3か月を超えて、あんま・マッサージ (変形徒手強制術の場合を除く。) 又ははりきゅうを必要とする場合、同意を得た指定医療機関名、医師名、所在地及び同意年月日を施術者が記載したもので差し支えありませんが、その場合は、施術録に同意年月日等の記載が必要になります。