

# 第 16 回 TCOA 保険診療懇談会

自賠責保険 調査用紙 (FAX 送信先 : 03-3518-2208)

※FAX は 9 月 23 日 (水) までお願いいたします

A. 自賠責診療のシステムその他で不満、困ったこと、分らないことはなんでしょうか。

---

---

---

---

B. 参考事例があれば、下記に記載して下さい。

患者年齢 およそ 歳 患者性別 男 ・ 女

---

---

---

---

C. タクシー共済やトラック共済などとのトラブル事例はありますか？

---

---

---

---

D. 自賠責請求方式 (○をつけてください)

日医基準 1 点 20 円 その他 ( )

E. 自賠責での診療及びリハビリの継続期間は、長い場合どれくらいの期間になりますか？

( カ月)

F. 保険会社からの診療及びリハビリの継続期間の終了の打診はどのくらいで来ますか？

( カ月)

対応損保会社 (可能でしたらご記入ください) ( )

G. 接骨院との併診は認めていますか？

( 認めている ・ 認めていない )

よろしければ、下記ご記入をお願い致します。

\_\_\_\_\_ (区・市) 貴施設名 \_\_\_\_\_ お名前 \_\_\_\_\_