

西暦 年 月 日

治療依頼状のお願い

医療機関名

担当者 _____

住所(〒 _____)

電話

FAX

御中

担当 _____ 様 (FAX : _____)

年 月 日に交通事故の被害者 _____ 様が、当医療機関を

1. 来院される予定です。
2. 初めて来院されました。(①次回来院日； 月 日、 ② 未定)
3. 本日、 月 日 (回目) 被害者が来院され、御社からの承諾をお待ちです。

被害者の歯科処置開始のため、下記主旨をご理解され、至急、下記内容をご確認の上、別紙「治療依頼承諾書」をご返答下さいますようお願い致します。

被害者に必要な歯科処置（精密検査、応急処置および診断書等）を宜しくお願い致します。これらの応急処置等に対する費用につきましては、当社で直接、貴医療機関に全額お支払い致します。
なお、その後の処置におきましては、後日、当社事故担当者が貴医療機関にお伺いし、再調査させて頂いた後に、被害者が貴医療機関での治療を希望された場合には、治療費見積もり等を頂いた上で、お支払いの対象の可否を決定させて頂きます。

この書面は、交通事故被害者に対する治療を行う上で、重要な書類となります。当医療機関では、日本鞭打ち症研究会の規定により御社に歯科治療の承諾を頂くこととしております。その後、被害者に必要な応急処置に入る予定ですのでご理解ください。

また、この手続きは、被害者が保険会社と当医療機関との円滑なコミュニケーションを図る上で必要となります。被害者の方に当医療機関の規定を説明し、ご了解を頂いてから御社にFAXをしております。被害者の方の症状が悪化しないうちに、早期診査・応急処置(*1)を希望しております。

*1：応急処置とは、事故により発症した外傷性下顎骨偏位症状が軽減されるまでの歯科処置をいいます。

交通事故による上記の歯科費用は、ご周知のように原則として保険適応外のため、当医療機関の規定料金で頂きます。被害者の中には生活保護や無職、年金生活等の方もおられ、費用立替等が不可能となり、被害者としての権利が損なわれる可能性があります。

そこを配慮しての日本鞭打ち症研究会の規定ですので、ご了承ください。

*当医療機関は、保険会社からの承諾を受けてから、事故被害者に対する歯科処置を実施する医療機関であり研究機関でもあります。

(返信用)

西暦 年 月 日

治療依頼承諾書 (応急処置用)

御中 (医療機関名)

担当医師 様 (FAX ; — —)

ご依頼がありました「治療依頼状」の下記内容についてご回答させていただきます。

被害者に必要な歯科処置 (精密検査、応急処置および診断書等) を宜しくお願い致します。これらの応急処置等に対する費用につきましては、当社で直接、貴医療機関に全額お支払い致します。
なお、その後の処置におきましては、後日、当社事故担当者が貴医療機関にお伺いし、再調査させて頂いた後に、被害者が貴医療機関での治療を希望された場合には、治療費見積もり等を頂いた上で、お支払いの対象の可否を決定させていただきます。

当保険会社として、上記事項に

1. 承諾します
2. 承諾致しかねます
(理由 ;)

被害者 様の診査・応急処置等を済ませた上で診断書を当社へお送り下さいますようお願い致します。

歯科治療に関してのお見積りを

1. 希望します。
2. 希望しません。

保険会社名 ;

住所 ;

電話番号 ;

FAX 番号 ;

担当者 ;

歯科医療機関における被害者予約・待機状況

1. 初診日予定日 (月 日)
2. 次回来院日 (月 日)
3. 未定 (被害者又は御社の連絡待ち)
4. 本日、すでに本医療機関に来院され、御社からの本承諾書の返信をお待ちです。