

施術料金領収済明細書

(年 月分)

被 保 険 者 欄	組合員等記号番号		組合員氏名		住 所					
	公立高知									
	療 養 を 受 け た 者	氏 名	(フリガナ)			性別	男 ・ 女			
		生年月日	昭・平・令	年	月	日	続柄			
発症の原因										
施 術 内 容 欄	初療年月日	施術期間			実施日	請求区分				
	年 月 日	自	年 月 日	～至	年 月 日	日				
	は り ・ き ょ う	傷病名 1.神経痛 2.リウマチ 3.頸腕症候群 4.五十肩 5.腰痛症 6.頸椎捻挫後遺症 7.その他 ()					転 帰			
		初検料 1.はり 2.きゅう 3.はり・きゅう併用					円	摘 要		
		施 術 料	はり	円×	回=	円				
			きゅう	円×	回=	円				
			はり・きゅう併用	円×	回=	円				
			電療料 1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具	円×	回=	円				
		往療料	4 km まで	円×	回=	円				
		往療料	4 km 超	円×	回=	円				
		施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)							円× 回= 円	
		合 計							円	
		あ ん ま ・ マ ッ サ ー ジ	傷病名又は症状							
			マ ッ サ ー ジ	軀 幹	円×	回=			円	
				右上肢	円×	回=			円	
左上肢				円×	回=	円				
右下肢	円×			回=	円					
左下肢	円×			回=	円					
温罨法	円×		回=	円						
温罨法・電気光線器具	円×		回=	円						
変 形 徒 手 矯 正 術	右上肢		円×	回=	円					
	左上肢		円×	回=	円					
	右下肢	円×	回=	円						
往療料	4 km まで	円×	回=	円						
往療料	4 km 超	円×	回=	円						
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)					円× 回= 円					
合 計					円					
施術日 通院○ 往療◎	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31								
施 術 証 明 欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。									
	令和 年 月 日 住 所 施 術 者 氏 名 (電話番号:)									
同 意 記 録	同意医師の氏名	住 所		同意年月日	傷病名	要加療期間				

1. はり、きゅうの傷病名、初回の施術内容及び施術日については、当該項目を○で囲んでください。
2. 摘要欄には、往療を必要とした理由、特記事項等を記入してください。