

診療報酬領収済明細書(はり・きゅう)
(月分、第 回)

被 保 険 者 欄	組合員証記号番号		組合員氏名		住所																												
	公立京都																																
	療養を受けた者の氏名	性別	生年月日		続柄	発症の原因																											
			昭・平・令 年 月 日																														
	業務上・外、第三者行為の有無		1 業務上 2 第三者行為 3 その他																														
	施術した場所(入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載)																																
施 術 内 容	初診年月日		施術期間		実日数	請求区分	転帰																										
	年 月 日		自 年 月 日 ~ 至 年 月 日		日	新規・継続	継続・治ゆ・中止・転医																										
	傷病名	1 神経痛 2 頸腕症候群 3 頸椎捻挫後遺症 4 五十肩 5 リウマチ 6 腰痛症 7 その他()																															
	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・きゅう		施術の種類	1術 回	2術 回																											
		通所		円 × 回 = 円																													
		訪問施術料 1		円 × 回 = 円																													
		訪問施術料 2		円 × 回 = 円																													
		訪問施術料 3 (3人~9人)		円 × 回 = 円																													
		訪問施術料 3 (10人以上)		円 × 回 = 円																													
		電療料 (加算／1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具)		円 × 回 = 円																													
		特別地域(加算)		円 × 回 = 円																													
	往療料		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	訪問1①	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
	通所○	訪問2②																															
	往療◎	訪問3③																															
○往療又は訪問の理由(1.独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2.認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3.その他()																																	
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 はり師、きゅう師 住所 _____ 氏名 _____ ㊞																																
備 考																																	

記入上の注意
1 傷病名、初検料については、該当する項目を○で囲むこと。
2 初診の日から6カ月を超えて更に施術を受ける場合は、新たに医師の同意書の交付を受け、添付すること。