

施術(はり・きゅう) 証明書

(年 月分)

被保険者欄	組合員等記号・番号			被保険者氏名		住所			
	公立徳								
	療養を受けた者の氏名		性別	生年月日	続柄	業務上・外・第三者行為の有無			
			男・女	年月日		1. 業務上	2. 第三者行為である		
						3. その他			
施術内容欄	傷病名		発病又は負傷年月日		発病又は負傷の原因及びその経過				
			年月日						
	初療年月日		施術期間			実日数	請求区分	転帰	
	年月日		年月日～年月日			日	新規・継続	治癒・中止	
	傷病名	1. 神経痛 2. リュウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症					左記傷病の初診年月日		
							年月日		
	初回	1. はり 2. はり(電気針用) 3. きゅう 4. きゅう(電気温灸器併用) 5. はり、きゅう併用 6. はり、きゅう併用(電気針・電気温灸器併用)						摘要	
	2回目以降	はり はり(電気針併用)							
		きゅう きゅう(電気温灸器併用)		円 × 回 =	円				
		はり・きゅう併用 はり・きゅう併用(電気針・電気温灸器併用)		円 × 回 =	円				
往療料 加算(km)		円 × 回 =	円						
合計		円 × 回 =	円						
施術日	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							
	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							
	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。								
	年月日								

	施術師 住所 _____								
氏名 _____									
電話 _____									
備考									