施 術 料 金 明 細 書(はり・きゅう・マッサージ)

施術を受けた人の氏名		生年月日	昭 平 令　　年　月　日	性別	男 ・女
傷病名又は症状		施術開始の 年 月 日	年　月　日	転帰	継中治

施術の種類	施 術 回 数	1 回 の 料 金	施術料金	施術を行った期間	電気針	備　考
初回治療	術	円	円	月 日 から 月 日 まで	有 ・ 無	
はり又はきゅう 1術治療	回	円	円	月 日 から 月 日 まで	有 ・ 無	
はり・きゅう 2術治療	回	円	円	月 日 から 月 日 まで	有 ・ 無	
マッサージ治療	円　局所　回		円	月 日 から 月 日 まで		
変形徒手矯正術	円　局所　回		円	月 日 から 月 日 まで		
温電法・電気光線器具	円	回	円	月 日 から 月 日 まで		
往 療 料	回	円	円	距離　Km		
合　計	円					

施術月日の内訳																					
	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									
	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									

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　者

所在地

名　称

氏　名

電　話　　(　　)

[注意事項]

1 往療を伴う施術の場合は、往療日及び往療を必要とした理由を記載してください。

2戸以上の患家に対して引き続き往療を行った場合は、当該往療をした他方の患者の氏名及び所在地についても記載してください。

2 初診の日から6か月を経過した時点において、文書による再同意が必要になります。

提出先　公立学校共済組合東京支部給付貸付課短期給付担当

（令和8年1月）