

# 後期高齢者医療療養費施術内容明細書 (柔道整復用)

平成 年 月分

単併区分	1 単独	2 2併	3 3併

被保険者番号										公費負担者番号																																																	
施術を受けた者の氏名										公費受給者番号																																																	
										男・女					生 年 月 日					明・大・昭 年 月 日																																							
負傷の原因										<input type="checkbox"/> 業務災害通勤災害又は第三者行為の原因による																																																	
負 傷 名										負 傷 年 月 日					初 検 年 月 日					施 術 開 始 年 月 日					施 術 終 了 年 月 日					実 日 数					転 帰																								
(1)										.					.					.					.										治癒・中止・転医																								
(2)										.					.					.					.										治癒・中止・転医																								
(3)										.					.					.					.										治癒・中止・転医																								
(4)										.					.					.					.										治癒・中止・転医																								
(5)										.					.					.					.										治癒・中止・転医																								
経 過																				区 分					新 規 ・ 継 続																																		
施 術 日										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																																																	
初検料 円										初 検 時 相 談 支 援 料 円					再検料 円					往療料 km 回 円					金属副子等加算(大・中・小) 円					計 円																													
加算(休日・深夜・時間外) 円										加算(夜間・難路・暴風雨雪) 円					施術情報提供料 円										計 円																																		
整復料・固定料・施療料										(1) 円					(2) 円					(3) 円					(4) 円					(5) 円					計 円																								
部 位										通 減 %					通 減 開 始 月 日					後 療 料 円 回 円					冷 罨 法 料 回 円					温 罨 法 料 回 円					電 療 料 回 円					計 円					多 部 位 計 円					長 期 計 円									
(1)										100					—																																												
(2)										100					—																																												
(3)										60					—																									0.7																			
(4)										60																																			0.7														
(4)										100																																																	
摘 要																				合 計 (10割)										円																													
骨折、脱臼（応急処置のみを除く。）の医師の同意欄																																																											
同意医師の氏名										医療機関所在地										同意年月日																																							
																				年 月 日																																							
上記のとおり施術したことを証明します。										平成 年 月 日																																																	
施 術 証 明 欄										免許登録番号 _____																																																	
										施術所所在地 〒 _____																																																	
										施術所名称 _____ 電話番号 _____																																																	
柔道整復師 <sup>フリガナ</sup> 氏 名 _____										⑩																																																	