

後期高齢者医療療養費施術内容明細書 (年 月分) (はり・きゅう償還払用)

被 保 険 者 欄	○被保険者番号				○発病又は負傷年月日				○傷病名																									
	0								年	月	日																							
	(フリガナ)				性 別		○発症又は負傷の原因及びその経過																											
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名				男・女		○業務上・外、第三者行為の有無																											
明・大・昭 年 月 日生						1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他																												
施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日				施 術 期 間				実 日 数		請 求 区 分																							
	年 月 日				自・ 年 月 日～至・ 年 月 日				日		新 規 ・ 継 続																							
	傷病名				1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩						転 帰																							
					5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()						継続・治癒・中止・転医																							
	初 検 料								円																									
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用																																	
	施 術				円 × 回 =				円																									
	はり																																	
	きゅう																																	
	はり・きゅう併用																																	
電療料				円 × 回 =				円																										
1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具																																		
往 療 料 4 km まで (総距離: km)				円 × 回 =				円																										
往 療 料 4 km 超 (総距離: km)				円 × 回 =				円																										
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)				円 × 回 =				円																										
費 用 額 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
摘 要																																		
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。				保健所登録区分				1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地																									
	年 月 日																																	
同 意 記 録	同意医師の氏名				住 所				同意 (再同意) 年月日				傷 病 名		要加療期間																			
									年 月 日																									