

後期高齢者医療療養費施術内容明細書（柔道整復用）

年 月 分

										都道府県番号		施術機関コード																												
										保険者番号		3	9	2	6																									
										被保険者番号		0																												
										公費負担者番号①		公費負担医療の受給者番号①		保険種別		1.協	2.組	3.共	単併区分		1.単独	2.2併	3.3併	本家区分	2.本人	4.六歳	6.家族	8.高一	0.高7	給付割合	10・9									
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②		4.国		5.退	6.後期												8・7																					
被保険者 氏名 世帯主・組合員の 受給者 住所			氏名			住所																																		
療養を受けた者の氏名										生 年 月 日					負傷の原因・業務災害通勤災害又は第三者行為外の原因による																									
1 男 1 明 2 大																																								
2 女 3 昭										年 月 日																														
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																				請求区分		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					往療料 km 回 円					金属副子等加算 回 円					施術情報提供料 円					計 円															
加算(休日・深夜・時間外) 円					再検料 円					加算(夜間・難路・暴風雨雪) 円					柔道整復運動後療料 回 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		冷罨法料 円 回		温罨法料 円 回		電療料 円 回		計 円		多部位 計 円		長期 計 円																						
(1)		100		—												—		—																						
(2)		100		—												—		—																						
(3)		60		—												0.6		—																						
(4)		100														—		—																						
(4)		60														0.6		—																						
(4)		100														—		—																						
摘 要																				合 計		円																		
																				一部負担金		円																		
																				請求金額		円																		
																				※		円																		
金属副子等加算日		1回目 日		2回目 日		3回目 日		柔道整復運動後療料加算日		日		日		日		日		日																						
備 考																				登録記号番号																				
備 考																				— —																				
施 術 証 明 欄										上記のとおり施術したことを証明します。																														
										年 月 日																														
										所在地〒																														
										施術所 名称										電 話																				
										フリガナ																														
										柔道整復師 氏 名										Ⓜ																				

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

(※は保険者使用欄)