

後期高齢者医療療養費施術内容明細書  
(平成 年 月分) (はり・きゅうの償還払用)

被保険者番号																																
療養を受けた者の氏名		(フリガナ)																														
性別		発症又は負傷の原因及びその経過																														
男・女		発病又は負傷年月日					業務上・外、第三者行為の有無																									
生 年 月 日		明・大・昭 年 月 日					平成 年 月 日					1 業務上 2 第三者行為 3 その他																				
施 術 内 容 欄	初療年月日	平成 年 月 日	施術期間	自・平成 年 月 日～至・平成 年 月 日										実日数	区分																	
	傷 病 名	1 神経痛 2 リウマチ 3 頸腕症候群 4 五十肩 5 腰痛症 6 頸椎捻挫後遺症 7 その他( )										転	新規・継続 日																			
	初検料	1 はり 2 きゅう 3 はり・きゅう併用										円	帰																			
	施 術 料	はり											円×	回＝	円																	
		きゅう											円×	回＝	円																	
		はり・きゅう併用											円×	回＝	円																	
		電療料(1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具)											円×	回＝	円																	
	往 療 料	2 k m ま で										円×	回＝	円																		
	加 算 (	k m )										円×	回＝	円																		
	加 算 (	k m )										円×	回＝	円																		
合 計 額											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 用																																
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 )										住所											
	年 月 日										氏名										Ⓜ											
	免許登録番号 _____ はり師										電話番号 _____																					
	免許登録番号 _____ きゅう師																															
同 意 記 録	同意医師の氏名	医 療 機 関 所 在 地										同 意 年 月 日					傷 病 名					要 加 療 期 間										
												平成 年 月 日																				
	再同意医師の氏名	医 療 機 関 所 在 地										再 同 意 年 月 日					傷 病 名					要 加 療 期 間										
											平成 年 月 日																					