

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				
	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					
		明・大・昭 年 月 日生						男 ・ 女	○業務上・外、第三者行為の有無 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 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()				転 帰 継続・治癒・中止・転医					
	初 検 料							円					
	施 術 料	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用							円				
		はり			円× 回=				円				
		きゅう			円× 回=				円				
		はり・きゅう併用			円× 回=				円				
	欄	電療料			円× 回=				円				
		1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具							円				
往 療 料 4km まで (総距離: km)			円× 回=				円						
往 療 料 4km 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											
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。 年 月 日						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					
	免許登録番号 _____ はり師 住 所 免許登録番号 _____ きゅう師 氏 名						電 話						
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								