

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.本人 | 3.併 | 4.六歳 | 5.高 | 6.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 | | 保 険 種 別 | | 4.国 | 5.退 | 6.後期 | 単 併 区 分 | | 2.2併 | 3.併 | 4.六歳 | 5.高 | 6.給付割合 | 8・7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 氏名 | | 氏名 | | 住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯主・組合員の受給者 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 | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 円 | 回 | 円 | 温罨法料 円 | 回 | 円 | 電療料 円 | 回 | 円 | 計 円 | 多部位 計 円 | 長期 計 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (1) | 100 | — | | | | | | | | | | | | | | — | — | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (2) | 100 | — | | | | | | | | | | | | | | — | — | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (3) | 60 | — | | | | | | | | | | | | | | 0.6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (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 | 日 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備 考 | | | | | | | | | | 登録記号番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | — — | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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)