

後期高齢者医療療養費施術内容明細書（柔道整復用）

令和 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						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		8.高一		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										6.家族		0.高7				8・7					
被保険者 氏名		氏名		住所																															
療養を受けた者の氏名		生 年 月 日		負傷の原因																															
1男		1明 2大 3昭																																	
2女		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		継続月数		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		金属副子等加算		回		施術情報提供料		明細書発行体制加算		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		円		計		円													
整復料・固定料・施療料		(1) 円		(2) 円		(3) 円		(4) 円		(5) 円		計		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		頻回		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							
金属副子等加算日		1回目 日 日		2回目 日 日		3回目 日 日		柔道整復運動後療料加算日		日 日 日 日 日		※																円							
明細書発行体制加算		加算日 日																																	
施 術 証 明 欄		上記のとおり施術したことを証明します。		令和 年 月 日		〒		所在地		施術所		フリガナ		氏 名		電話																			

備考 この用紙は、A列4番とすること。(※は保険者使用欄)