

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														
								男 ・ 女															
		明・大・昭 年 月 日生							○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														
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用																						
	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			円× 回＝					円													
1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具																							
往 療 料 4 km まで (総距離: km)			円× 回＝					円															
往 療 料 4 km 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										
摘 要																							
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																		