

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	○被保険者資格番号					○発病又は負傷年月日			○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過																							
	0					年 月 日																										
	療養を受けた者の氏名					(フリガナ)			続柄		○業務上・外、第三者行為の有無																					
						男・女			( 1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ( ) )																							
明・大・昭・平・令					年 月 日生			○施術した場所（施設等に入居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載）																								
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・令和 年 月 日～至・令和 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										転 帰																	
					5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ( )										継続・治癒・中止・転医																	
	初検料												円		摘 要																	
	1はり 2きゅう 3はりきゅう併用																															
	はり・きゅう				施術の種類		1術 回		2術 回																							
	通所				円×		回=		円																							
	(月16回以降の施術に係る50%通減)				円×0.5×		回=		円																							
	訪問施術料 1				円×		回=		円																							
	(月16回以降の施術に係る50%通減)				円×0.5×		回=		円																							
	訪問施術料 2				円×		回=		円																							
	(月16回以降の施術に係る50%通減)				円×0.5×		回=		円																							
	訪問施術料 3 (3人～9人)				円×		回=		円																							
(月16回以降の施術に係る50%通減)				円×0.5×		回=		円																								
訪問施術料 4 (10人～19人)				円×		回=		円																								
(月16回以降の施術に係る50%通減)				円×0.5×		回=		円																								
訪問施術料 5 (20人以上)				円×		回=		円																								
(月16回以降の施術に係る50%通減)				円×0.5×		回=		円																								
電療料 (加算/ 1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具)						円×		回=		円																						
(月16回以降の施術における加算に係る50%通減)						円×0.5×		回=		円																						
特別地域 (加算)						円×		回=		円																						
往療料						円×		回=		円																						
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)						円×		回=		円																						
明細書発行加算						円×		回=		円																						
費用額計										円																						
※集中率90%以上の施設等入居者 (80%通減対象) 【該当の場合○】													通減後合計額											円								
施術日	訪問1①	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
通所○	訪問2②	訪問3③	訪問4④	訪問5⑤	月																											
往療◎																																
○往療又は訪問の理由 ( 1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他 ( ) )																																
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																
	令和 年 月 日													〒 -																		
	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				同意年月日				傷 病 名				要加療期間															
									令和 年 月 日																							