

施術内容(領収)明細書 (平成 年 月分)

(はり・きゅう 用)

◎初回の申請には「医師の同意書」を添付し、その後も3ヶ月ごと同意を得てください。

① 被保険者の記号・番号		② 療養を受けた者の氏名				③ 区分		④ 生年月日									
_____						被保険者 被扶養者		大昭平 年 月 日									
は り ・ き ゃ う 用 意 書	施	初療年月日		施術期間				実日数		請求区分							
	り	平成 年 月 日		平成 年 月 日から 年 月 日				日		新規・継続							
	師	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								摘 要							
	き	1. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用						円									
	ゃ	内 容	はり	円 × 回 =		円											
	う		きゅう	円 × 回 =		円											
	意		はり・きゅう併用	円 × 回 =		円											
	書		電療料	円 × 回 =		円											
	欄	1. 電気針 2. 電気温灸器 3. 電気光線器具						円									
入	往療料 2kmまで		円 × 回 =		円												
証	加算 (km)		円 × 回 =		円												
明	費用額計		円														
欄	施術日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	通院○																
	往療◎	月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
施		上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。				領収金額											
入						円											
証		住所															
明		平成 年 月 日				はり・きゅう師 氏名 (印)											
欄		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								
					平成 年 月 日												
						平成 年 月 日											