

(被保険者・被扶養者)施術明細書

(年 月分)

(はり・きゅう用)

被保険者記号・番号		被保険者氏名		(フリガナ)		
-				S・H・R 年 月 日生(男・女)		
被保険者住所		〒 [][][][] - [][][][][]				
療養が被扶養者に関するとき		被扶養者氏名		(フリガナ)		
				S・H・R 年 月 日生		
発病の原因及びその経過				業務上・外、第三者行為の有無		
発病又は負傷年月日		年 月 日		1.業務上 2.第三者行為である 3.その他		
請求区分		新規・継続		転帰		
初療年月日		令和 年 月 日		継続・治癒・中止・転医		
令和 年 月 日		自:令和 年 月 日		実日数		
		至:令和 年 月 日		入院外入院		
施術内容欄	傷病名		1. 神経痛 2. リウマチ 3. 脛腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他()			
	初診料	1. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用			円	
	1. はり		円 × 回 =		円	
	2. きゅう		円 × 回 =		円	
	3. はり・きゅう併用		円 × 回 =		円	
	電療料	1.電気針 2電気温灸器 3.電気光線器具			円	
	往療料		4kmまで		円 × 回 = 円	
	加算 ()		km)		円 × 回 = 円	
	合計					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。			施術者登録番号		
	令和 年 月 日		住所			
	鍼灸師 氏名		住所		印	
	電話 ()					
同意記録	同意医師の氏名		住所		同意年月日	
					要加療期間	
同意記録	同意医師の氏名		住所		同意年月日	
					要加療期間	