

施術料金領収書 (年 月分) (はり・きゅう用)

被保険者欄	○被保険者証等の記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名																
	施術を受けた者の氏名		(フリガナ)		○発症又は負傷の原因及びその経過																
	生 年 月 日	年 月 日	続柄	○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	施術開始年月日		年 月 日	施術期間		年 月 日 ~ 年 月 日															
	傷病名		1. 神経痛	2. リウマチ	3. 頸腕症候群	4. 五十肩	実日数														
			5. 腰痛症	6. 頸椎捻挫後遺症	7. その他()		日														
	初検料		1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用		円	請求区分															
						新規・継続															
	施 術 料	はり		円 × 回 =		円	転 帰 継続・治癒・中止・転医 摘 要														
		きゅう		円 × 回 =		円															
		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 × 回 =		円															
	往 療 料	往療料 4kmまで		円 × 回 =		円															
往療料 4km超		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 月	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									
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														
	年 月 日				所在地																
	免許登録番号 _____		はり師		施 術 所 名 称																
	免許登録番号 _____		きゅう師		氏 名		㊟														
				電 話		()															

同意記録	同意医師 氏名	医療機関 名称	所在地
	再同意年月日	年 月 日	傷病名
		要加療期間 (指示のある場合)	年 月 日 ~ 日 まで

[注意事項]

- 1 施術月の内訳欄は、施術日を通院の場合は○、往療の場合は◎で囲んでください。
- 2 往療を伴う施術の場合は、往療を必要とした理由を摘要欄に記載してください。なお、2戸以上の患者に対して引き続き往療を行った場合は、当該往療をした他方の患者の所在地についても別紙に記載してください。