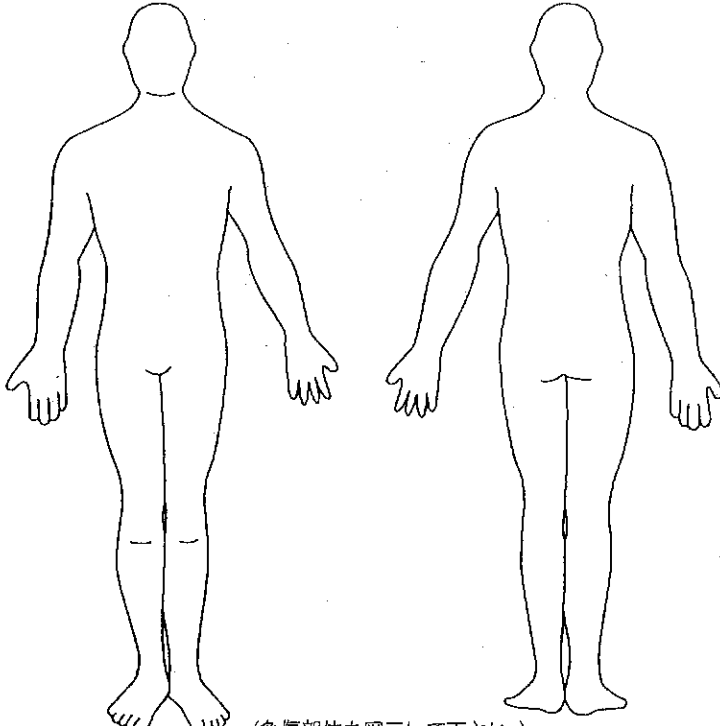


施術証明書・施術費明細書

柔道整復師用

施術の種類	健保・国保1	労災2	自由3	その他4	負傷起因	業務上	業務外
被保険者証の番号・記号					保険者名		
住 所 患者氏名 氏 名							
初検年月日	平成	年	月	日	時頃	負傷年月日	年 月 日
施 術 期 間				施術実日数	通院実日数	転 帰	
自 平成	年	月	日			治 癒	継 続
至 平成	年	月	日	日間	日	日	中 止
負 傷 名 及 び 部 位				施術開始日	施術終了日	転 帰	
①				年 月 日	年 月 日	治癒・継続・中止	
②				年 月 日	年 月 日	治癒・継続・中止	
③				年 月 日	年 月 日	治癒・継続・中止	
④				年 月 日	年 月 日	治癒・継続・中止	
負傷の経過（指導管理料を請求する場合には指導内容も略記して下さい。）  （負傷部位を図示して下さい。）							
初検時・既往症、既存障害				なし・あり（ ）			
固定期間	(固定) 自 平成 年 月 日				固定具の種類		
	(除去) 至 平成 年 月 日 日間				()		

施 術 内 容		金 額		施 術 内 容		金 額																										
初 検 料	(時間外・深夜・休日 円)			電 療 料	① 単価×回数																											
再 検 料	円× 回				②																											
指導管理料	円× 回				③																											
往 療 料	距 離 (片 道) km				④																											
	円× 回				小計																											
小計				あ ん 法 料	① 単価×回数																											
整初 復回 固処 定置	①				②																											
	②				③																											
	③				④																											
	④				小計																											
特別材料料	円× 部位			そ の 他																												
	円× 部位																															
小計				施術証明書・施術費明細書料																												
後 療 料	① 単価×回数			合 計																												
	②			社会保険への請求額																												
	③			患 者 負 担	患者負担 %																											
	④				一部負担金																											
包帯交換料	単 価 円			負 担	給付対象外																											
	回 数 ① ② ③ ④ 回																															
小計				計																												
請求 受領 別	施術料¥ _____ を _____ 殿 に請求中 (請求中または受領済の何れか) から受領済 (を抹消し、消印して下さい。)																															
通 院 日 通院の場合は必ず通院日に○印をつけて下さい。(往療は△印を)							合 計																									
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	日
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	日
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	日

取 引 銀 行	銀 行 信 用 庫		支店
	当座	No.	
	普通		
	フリ ガナ		
	口座		
	名義		

平成 年 月 日

所在地
電話番号
名称
柔道整復師氏名

J