施術料請求明細書(柔道整復師等用)

氏名							
傷病名		初検日	年 月 日	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで	施術実日数	日

施療の内容		※審査	転帰	□治ゆ □中止 □継続 □死亡 □転医

			摘要
初検料	時間内 円 時間外 深夜	円	
再検料	年 月 日		
指導管理料	年 月 日から 回 年 月 日まで		
往療料	普通 回 夜間・難路 回 距離(片道) km 暴風雨 回 同一家屋 回		
初回処置料 □ 整復料 □ 固定料 □ 施療料	回 回 回		
後療料	回 回 回		
運動療法	回		
温罨法料	月 日から 月 日まで 回 月 日から 月 日まで 回		
冷罨法料	月 日から 月 日まで 回 月 日から 月 日まで 回		
電療料	回 回		
レントゲン料	回		医師の同意の有無 □有 □無
宿泊料	入院料 月 日から 日間 月 日まで 食事料 月 日から 日間 月 日まで		健康保険等の法令による受給関係 受給の有無 □有 □無 保険の名称
その他			支給される額 円
合計			一部負担金 円

施術料請求額	円 ※

上記の事項は事実と相違ないことを証明します。

年 月 日

施術所の
- 所在地
- 名称
- 施術者の氏名

〔注意事項〕

1 ※印の欄は記入しないこと。また、該当する「□」にレ印を記入すること。

2 この様式中、施療の内容の詳細については、この様式への記入に代えて、同様事項を記載した施術証明書を添付してもよいこと。なお、その場合であっても、この様式の提出は必須であること。

3 消防組織法等に基づく療養に要する費用(診療費、文書料、治療材料費等)では、消費税が非課税であること(消費税法施行令第14条第20号)。