

自賠責保険請求用

施術費明細書（施術内訳証明書）

はり師・きゅう師  
あん摩マッサージ指圧師

受療者	住所	事故発生 年月日	令和 年 月 日
	氏名 生年月日	男 女 大・昭・平・令 年 月 日生（ 歳）	診療担当医療機関の 名称 所在地
傷病名及び症状経過		施術開始確認の有無	有 ・ 無
		初検年月日	令和 年 月 日
		転 帰	治癒・継続・転医・中止・死亡

施術期間	令和 年 月 日 令和 年 月 日	日間	実日数	通院	往診
			日	日	日

施術部位	躯幹 { 頭部・顔面部・頸部・肩上部・背部 前胸部・腰部・腹部・臀部 }	四肢 { 左上肢 右上肢 左下肢 右下肢 }
------	---	---------------------------

施術費明細	内 容				回数	回の料金	金額	内 容				回数	回の料金	金額		
	初 検 料				回	円	円	マ ッ サ ー ジ				回	円	円		
は り ・ き ゅう 師 の き ゆう 明 細	往療料				km	回	円	マ ッ サ ー ジ	2傷病部位以上の施術加算料							
	時間外加算料								施術部位以上に亘るマッサージ							
	はり・きゅう 1術								あん法料							
	はり・きゅう 2術								変形徒手矯正術					( 肢 )		
	2傷病部位以上の施術加算料								光 線 療 法	極超短波（超短波）						
	皮 内 鍼									低 周 波						
	電気療法								はり又はきゅうとマッサージの併用							
	電 気 鍼								証明書料及び明細書料							
	電 気 温 灸 器															
	合								計							

上記のとおり証明いたします。

令和 年 月 日 所在地 TEL

施術機関名称

はり師・きゅう師  
マッサージ師 氏名 印

施術日に必ず○印をつけて下さい。

施 術 日	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	合 計	
月																																	日

受傷部位を図示して下さい。

本書の送付先（直接担当者）

所在地 TEL

会社名・部所名 様

担当者氏名 様

振込先 銀行 店 普 当 口座番号 名義人

