

障害者・母子家庭医療費請求書(鍼灸・マッサージ用)

長 殿

施術者住所  
氏名

平成 年 月分を下記の通り請求いたします。

障害者医療費	事務手数料	請求総額
円	円	円

受給者証 記号番号	市町村名

被保険者証		保険の種類 国保 社保 共済 組合			
記号	番号	障害者	氏名		性別 男
			生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日	女
傷病名	発病原因				
発病年月日	平成 年 月 日	施術の内容 鍼灸 マッサージ 変形徒手矯正			
初診年月日	平成 年 月 日	傷病の経過 治癒 繰越 中止			
施術・期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
施術名	回数	金額	備 考		
鍼又は灸術	回	円			
鍼灸併用術	回	円			
マッサージ	回	円			
変形徒手矯正	回	円			
温・あん法	回	円			
電気光線器具	回	円			
往療片道 Km	回	円			
合計	回	円			

3ヶ月施術経過後、更に継続施術の必要について同意確認を得た場合

同意医師	住所	傷病名
	氏名	
同意年月日	平成 年 月 日	
要加療期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	

上記の通り施術しました。

平成 年 月 日

施術者  
住所  
氏名

印

委任状

上記の金額の受領を 山形県保険鍼灸マッサージ師会 会長 五十嵐清二 に委任します。

平成 年 月 日

施術者  
住所  
氏名

印

代理人

〒991-0023

山形県寒河江市丸内2丁目5-3

山形県保険鍼灸マッサージ師会

会長 五十嵐清二

印

TEL0237-84-3518

振込先 山形銀行 長崎支店 普通 No. 0384852

名義人 山形県保険鍼灸マッサージ師会  
会長 五十嵐清二