

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
あんまマッサージ指圧師

受療者	住所			事故発生年月日	年月日																											
	氏名			診療担当医療機関の名称																												
	生年月日	年月日(歳)		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	年月日																											
				転帰	治癒・継続・転医・中止・死亡																											
施術期間	自令和年月日			日間	実日数	通院日	往診日																									
	至令和年月日																															
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 左下肢 右上肢 右下肢}																										
施 術 費 明 細	内 容		回数	1回の料金	金額	内 容		回数	1回の料金	金額																						
	初 檢 料				円	マッサージ				円																						
	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						7施術部位以上に亘るマッサージ																									
	はり ・ き ゅう	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	電 気 鍼						はり又はきゅうとマッサージの併用																								
		電気温灸器						証明書料 及び 明細書料																								
合 計 円																																
請求別 請 受 領	施術料 ¥			一 を			殿	に請求中 から受領済																								
(請求中又は受領済の何れか を抹消し、消印してください。)																																
上記のとおり証明いたします。 TEL																																
令和 年 月 日		所在地																														
施術機関 名 称 はり師・きゅう師 マッサージ師 印																																
施 術 日 (施術日に必ず○印をつけてください)										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
受傷部位を図示してください。										本書の送付先(直接担当者) TEL																						
										所 在 地 会社名・部署名 担 当 者 氏名 振 返 先 銀行 店 普・当 口座番号 名義人																						
										点 檢 年 月 日																						