

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	男女		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 至 令和 年 月 日			日間	実日数	通 院	往 診																									
					日	日	日																									
施術 部位	軀幹 { 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	1回の料金	金 額	内 容		回数	1回の料金	金 額																						
	初 検 料				円	マ ッ サ ー ジ		回	円	円																						
	往 療 料 km		回		円	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					マ ッ サ ー ジ	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 受 領	施術料 ￥ — 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 氏 名 ⑩																																
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 御中 担 当 者 氏名 様																					
											振 込 先	銀行		点 検 年 月 日 																		
												店																				
												普 ・ 当 口座番号																				
												名義人																				