

### 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	施日 術数 実	日
施療の内容			※ 審査	転 帰	<input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転医		
初 検 料	時間内 時間外 深夜	円	円	摘 要			
再 検 料	年 月 日						
指導管理料	年 月 日から 年 月 日まで	回					
往 療 料	普 通 夜間・難路 暴風雨雪 同一家屋	回 回 回 回					
初回処置料 ( <input type="checkbox"/> 整復料 <input type="checkbox"/> 固定料 <input type="checkbox"/> 施療料)		回 回 回					
後 療 料		回 回 回					
運動療法料		回					
温 罨 法 料	月 日から 月 日まで 月 日から 月 日まで	回 回					
冷 罨 法 料	月 日から 月 日まで 月 日から 月 日まで	回 回					
電 療 料		回 回					
レントゲン料		回					
宿 泊 料	入室料	月 日から 月 日まで	日間	医師の同意の 有 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	食事料	月 日から 月 日まで	日間	健康保険等の法令による受給関係			
そ の 他				受給の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
				保険の名称			
				支給される額	円		
合 計				一部負担金	円		
施術料請求額				円	※ 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]

- ※印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
- この様式中、施術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。
- 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）。