

※10 施術費請求明細

傷病名	ア					施術開始日	ア	年	月	日	
	イ						イ	年	月	日	
	ウ						ウ	年	月	日	
	エ						エ	年	月	日	
傷病の経過							施術期間	年 月 日から			
								年 月 日まで			
								施 術 実 日 数		転 帰	
								日	治 ゆ	中 止	転 医
施術費の内訳及び金額	種 別				金 額		備 考				
	初検年月日	年 月 日 時頃									
	初 検 料	円	初検時相談支援料	円							
	再 検 料	円									
	加算料金	休日・時間外・深夜		円							
	往 療 料	加算料金	夜間・暴風雨雪	回							
	情報提供料										
	整 復 料	部 位 名	回 数	1回の料金	金 額						
		ア	回	円							
		イ									
		ウ									
	初回処置	エ									
		ア	回	円							
		イ									
		ウ									
	後 療 料	エ									
		ア									
		イ									
		ウ									
	電 療 料	エ									
ア											
イ											
ウ											
電 療 料	エ										
	低・短	回	円								
	認定請求用文書料		発行	枚							
	特別材料費	円	交換包帯料	円							
	指導管理料	回	円								
運動療法料	回	円									
合 計 金 額											
				円							
上記に記載したとおりであることを証明します。						<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                 この欄の記入は、施術に当たった柔道整復師若しくは整骨院等に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。             </div>					
年 月 日											
所在地 名 称 柔道整復師 氏 名 電 話 番 号											