

施 術 料 金 領 収 書

(はり・きゅう療養費用)

施術を受けた者の氏名		(年 月 日生)										性 別		男・女				
傷 病 名		1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()					発病・負傷年月日					年 月 日						
同 意 医 師 の 氏 名							前回同意年月日					年 月 日						
初 療 年 月 日		施 術 期 間					実日数		請求区分		転 帰							
年 月 日		年 月 日 ～ 年 月 日					日		新規・継続									
施術の種類・施術回数		1 術 (はり又はきゅう) 回										2 術 (はりきゅう併用) 回						
施 術 料		1 回の料金 (保険適用額)			施術回数		計		備 考									
初検料 (1はり 2きゅう 3はりきゅう併用)		円					円											
通 所		円			回		円											
訪 問 施 術 料 1		円			回		円											
訪 問 施 術 料 2		円			回		円											
訪 問 施 術 料 3		円			回		円											
電療料 (1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具)		100 円			回		円											
特 別 地 域		250 円			回		円											
往 療 料		2,300 円			回		円											
施術報告書交付料 (前回算定 年 月分)		480 円			回		円											
合 計 円																		
施術日	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
※施術した日にいずれかを記入【通所：○ 往療：◎ 訪問1：① 訪問2：② 訪問3：③】																		
往療又は訪問の理由																		
1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより単独での外出困難 3. その他 ()																		
施術した場所 () ※保険証住所地と異なる場合に記載																		
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 令和 年 月 日																		
施術者		免許登録番号 _____【はり師】																
		免許登録番号 _____【きゅう師】																
保健所登録区分		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地																
住 所																		
電話番号																		
施術所名称		㊦																
施術者氏名																		