

## 領収(施術)明細書(はり・きゅう用)

療養費支給申請用(東レ健康保険組合)

被 保 険 者 欄	被保険者証等の記号番号		発病又は負傷年月日		傷病名		
			年 月 日				
	療養を 受けた者 の氏名	(フリガナ)		続柄	発症又は負傷の原因及びその経過		
		男・女			業務上・外、第三者行為の有無		
年 月 日生		1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他					
施 術 内 容 欄	初療年月日		施 術 期 間		実日数	請求区分	
	年 月 日		自・ 年 月 日～至・ 年 月 日		日	新規・継続	
	傷病名 1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩					転帰	
	5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他( )					継続・治癒・中止・転医	
	初検料 1. はり 2. きゅう 3. はりきゅう併用			円			
	施 術 料	はり		円 × 回 =		円	
		きゅう		円 × 回 =		円	
		はり・きゅう併用		円 × 回 =		円	
		電療料 1. 電気針 2. 電気温灸器 3. 電気光線器具		円 × 回 =		円	
	往療料4kmまで			円 × 回 =		円	
	往療料4km超			円 × 回 =		円	
	施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)			円 × 回 =		円	
	費 用 額 計			円			
	施術日 通院○ 往療◎	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 証 明 欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。				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
年 月 日							
免許登録番号_____ はり師 住所			免許登録番号_____ きゅう師 氏名 電話				
同 意 記 録	同意医師の氏名		住所		同意年月日		
					年 月 日		
				傷病名		要加療期間	

### 記入上の注意・留意事項

1. 施術内容欄の傷病名、初回の施術内容については、該当する項目を○で囲んで下さい。
2. 摘要欄は、往療を必要とした理由、施術に関する特記事項等を記入して下さい。
3. 初療および6か月を超えて引き続き施術が必要な場合(再同意)は、保険医の診察を受け同意書(文書)の交付を受ける必要があります。
4. 上記3. の再同意の際は、施術師より「施術報告書」の交付を受け、保険医の診療を受けて下さい。