

令和 年 月分 診療報酬領収済明細書 (はり・きゅう用)

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																							
	(フリガナ)						○発症又は負傷の原因及びその経過																							
	組合員氏名						男・女																							
療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)						続柄		○業務上・外、第三者行為の有無																					
	男・女								1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他																					
	大・昭・平・令 年 月 日生																													
施 術 内 容 欄	初療年月日			施術期間						実日数		請求区分																		
	令和 年 月 日			自・令和 年 月 日 ~ 至・令和 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 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ( )						転 帰																	
													継続・治癒・中止・転医																	
	初検料												(長期施術を要している理由等)																	
	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						円 × 回 = 円																						
1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具																														
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○	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。																													
	令和 年 月 日 住所 はり師、きゅう師 氏名 電話 - - (生年月日: 明・大・昭・平 年 月 日)																													
申 請 欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。																													
	令和 年 月 日 住所 申請者 石川県市町村職員共済組合理事長 様 (被保険者) 氏名																													
同 意 記 録	同意医師の氏名			住 所			同意年月日			傷 病 名			要加療期間																	
							令和 年 月 日																							

令和 年 月分 診療報酬領収済明細書 (あんま・マッサージ用)

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																							
	(フリガナ)					○発症又は負傷の原因及びその経過																							
	組合員氏名					男・女																							
療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)					続柄					○業務上・外、第三者行為の有無																		
	男・女										1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他																		
	大・昭・平・令 年 月 日生																												
施 術 内 容 欄	初療年月日					施術期間					実日数					請求区分													
	令和 年 月 日					自・令和 年 月 日 ～ 至・令和 年 月 日					日					新規・継続													
	傷病名又は症状															転 帰													
																継続・治癒・中止・転医													
	マ ッ サ ー ジ					軀 幹					円 × 回 = 円																		
						右 上 肢					円 × 回 = 円																		
						左 上 肢					円 × 回 = 円																		
						右 下 肢					円 × 回 = 円																		
						左 下 肢					円 × 回 = 円																		
	変形徒手矯正術					円 × 回 = 円																							
	温 罨 法					円 × 回 = 円																							
	温罨法・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)					円 × 回 = 円																								
合 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。																												
	令和 年 月 日					住所																							
	あん摩マッサージ指圧師					氏名					電話					-					-								
( 生年月日 : 明・大・昭・平 年 月 日 )																													
申 請 欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。																												
	令和 年 月 日					住所																							
	石川県市町村職員共済組合理事長 様					申請者					(被保険者)					氏名													
同 意 記 録	同意医師の氏名					住所					同意年月日					傷病名					要加療期間								



あんま、マッサージ治療に関する報告書（令和 年 月分）

被保険者証	記号	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				
	番号		男	女	日	本人		家族			
			大	昭	平	令	年	月	日		
月 / 日	施術の内容					合計金額	施術経過所見 (既往症・主要症状・長期施術を要している理由等も併せてご記入願います)				
	はり	灸	はり灸	電気針 又は 電気温灸器 及び 電気光線器具	往 療 km						
/						円	(発病又は負傷年月日: 年 月 日)				
/						円					
/						円					
/						円					
/						円					
/						円					
/						円					
/						円					
/						円					
/						円					
/						円					
/						円					
/						円					
/						円					
/						円					
/						円					
/						円					
/						円					
/						円					
/						円					
/						円					
/						円					
合計回数		合計金額		請求期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	請求金額					
請求年月日			令和 年 月 日	領収年月日		令和 年 月 日					

上記のとおり施術したことを証明します。

住所

はり師、きゆう師

氏名