

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				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								円		(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																																	
	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○	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																																	
	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 罎 法								円 ×				回 = 円																																																								
	温罎法・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				-																																																								
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																																																				

はりきゅう治療に関する報告書（令和 年 月分）

被保険者等	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						本人	
			大昭平令 年 月 日				家族	
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、きゅう師
氏名

あんま、マッサージ治療に関する報告書（令和 年 月分）

被保険者等	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						本人	
			大昭平令 年 月 日				家族	
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		
/						円		
合計回数	合計金額	請求期間	自	令和	年	月		日
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