大阪市国民健康保険　柔道整復施術療養費明細書

年　　月施術分

保険者番号		記号・番号	
世帯主の氏名・住所	氏名		住所

施術の内容欄

療養を受けた者の氏名	生年月日	負傷の原因・業務災害通勤災害又は第三者行為外の原因による
1男 2女	3昭 4平 5令　年　月　日	

負傷名	負傷年月日	初検年月日	施術開始年月日	施術終了年月日	実日数	勤続日数	転帰
(1)	・　・	・　・	・　・	・　・			治癒・中止・転医
(2)	・　・	・　・	・　・	・　・			治癒・中止・転医
(3)	・　・	・　・	・　・	・　・			治癒・中止・転医
(4)	・　・	・　・	・　・	・　・			治癒・中止・転医
(5)	・　・	・　・	・　・	・　・			治癒・中止・転医

経過			請求区分	新規 ・ 継続
施術日	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			

初検料　円	初検時相談支援料　円	往療料　km　回　円	金属副子等加算　回　円	施術情報提供料　円	計	円
加算(休日・深夜・時間外)　円	再検料　円	加算(夜間・難路・暴風雨雪)　円	柔道整復運動後療料　回　円			

整復料・固定料・施療料	(1)　円	(2)　円	(3)　円	(4)　円	(5)　円	計	円

部位	逓減%	逓減開始月日	後療料　円　回　円	冷罨法料　回　円	温罨法料　回　円	電療料　回　円	計　円	多部位	計　円	長期	頻回	計　円
(1)	100	———						—	———			
(2)	100	———						—	———			
(3)	60	———						0.6				
	100							—	———			
(4)	60							0.6				
	100							—	———			

金属副子等加算日	1回目　日	2回目　日	3回目　日	柔道整復運動後療料加算日	日　日　日　日　日	合計							円

摘要

施術証明欄

上記のとおり施術し、その費用を全額受領したことを証明します。

年　月　日

施術所　所在地〒
名称
電話

柔道整復師　氏名　　㊞

登録記号番号　　－　　－