

自賠責保険請求用

施術費明細書（施術内訳証明書）

はり師・きゅう師
あん摩マッサージ指圧師

受療者	住所	事故発生年月日	令和 年 月 日
	氏名 生年月日	診療担当医療機関の名称 所在地	令和 年 月 日
傷病名及び症状経過		施術開始確認の有無	有 ・ 無
		初検年月日	令和 年 月 日
		転帰	治癒・継続・転医・中止・死亡

施術期間	令和 年 月 日	日間	実日数	通院	往診
	令和 年 月 日		日	日	日

施術部位	躯幹 { 頭部・顔面部・頸部・肩上部・背部 前胸部・腰部・腹部・臀部 }	四肢 { 左上肢 右上肢 左下肢 右下肢 }
------	---	---------------------------

施術費明細	内 容				回数	回の料金	金額	内 容				回数	回の料金	金額
	マ ッ サ ー ジ							マ ッ サ ー ジ						
	初 検 料	km	回	円				マ ッ サ ー ジ	回	円				
	往 療 料	km	回	円				2傷病部位以上の施術加算料						
	時 間 外 加 算 料							施術部位以上に亘るマッサージ						
はり	はり・きゅう	1術						あ ん 法 料						
	はり・きゅう	2術						変 形 徒 手 矯 正 術			(肢)			
きゅう	2傷病部位以上の施術加算料							光線療法	極超短波（超短波）					
	皮 内 鍼								低 周 波					
ゆう	電気療法	電 気 鍼						はり又はきゅうとマッサージの併用						
	電気療法	電 気 温 灸 器						証明書料及び明細書料						
合 計														

上記のとおり証明いたします。

令和 年 月 日 所在地 TEL

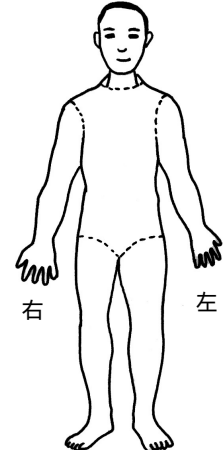
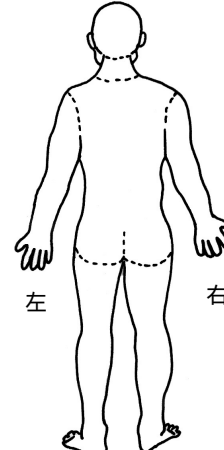
施術機関名称

はり師・きゅう師 マッサージ師 氏名 印

施術日に必ず○印をつけて下さい。

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	合 計		
月																																		日

受傷部位を図示して下さい。

本書の送付先（直接担当者）

所在地 TEL

会社名・部所名 様

担当者氏名 様

振込先 銀行 店 普 当 口座番号 名義人

