

施術内容証明書 (はり、きゅう用)

(令和 年 月分)

① 被保険者の 記号・番号	記号		②受療者の	氏名		本人						
	番号			生年月日	昭和・平成 令和 年 月 日	家族						
③ 施術内容欄 はり師・きゅう師記入欄	初療年月日		施術期間			実日数	請求区分					
	年 月 日		年 月 日 ~ 年 月 日			日	新規・継続					
	傷病名	<input type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 頸腕症候群 <input type="checkbox"/> 五十肩 <input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> 頸椎捻挫後遺症 <input type="checkbox"/> その他()				転帰 継続・治癒 中止・転医						
	初検料	<input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう <input type="checkbox"/> はり、きゅう併用				適用						
	施術料	1. はり		円 ×	回 =	円	※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名					
		2. きゅう		円 ×	回 =	円						
		3. 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	※往療を必要とした場合に記入					
		往療料 4kmまで		円 ×	回 =	円						
		往療料 4km超		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										
④ 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											
	はり師、きゅう師		施設の所在地 名称 氏名 電話									
はり師 免許登録番号 ()												
きゅう師 免許登録番号 ()												
⑤ 同意記録	同意医師名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間							
			年 月 日									
	再同意医師名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間							
		年 月 日										

【添付書類】 ◎領収書(原本) ◎医師の同意書(原本) ◎施術報告書の写し(再同意時)
 ◎往療状況確認票(往療時) ◎1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書(該当時)
 (医師の同意書は、初療日または医師の同意日から6カ月の施術に対して有効となります。
 有効期限後の施術分には、医師の再同意書を添付してください。)

【注意事項】 慢性病であって医師による適当な治療手段のないものが対象です。
 (本人からの施術希望、医療機関で治療中の傷病等は支給対象にはなりません。)