

施 術 内 容		金 額	施 術 内 容		金 額																											
初 検 料	(時間外・深夜・休日 円)		電 療 料	① 単価×回数																												
再 検 料	円× 回			②																												
指導管理料	円× 回			③																												
往 療 料	距離 (片道) km 円× 回			④																												
小計			小計																													
整初 復回 固処 定置			あ ん 法 料	① 単価×回数																												
				②																												
				③																												
				④																												
小計			小計																													
特別材料料	円× 部位 円× 部位		そ の 他																													
小計			施術証明書・施術費明細書料																													
後 療 料	① 単価×回数		合 計																													
	②		社会保険への請求額																													
	③		患 者 負 担	患者負担 %																												
	④			一部負担金																												
包帯交換料	単価 円 回数① ② ③ ④ 回		給付対象外																													
小計			計																													
請求 別 受領	施術料を		に請求中 から受領済		[請求中または受領済の何れかを抹消し、消印して下さい。]																											
通 院 日																														合 計		
通院の場合は必ず通院日に○印をつけて下さい。(往療は△印を)																																
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	日
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	日
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	日

上記の通り証明いたします。

年 月 日

所 在 地

電 話 番 号

名 称

柔道整復師氏名

印