福祉事務所受付日	月　日	担当員 取扱担当者

施術券及び施術報酬請求明細書（柔道整復）

（　　年　月分）

地区担当員印		取扱担当者印		福祉事務所長印	

生活保護法施術券

交付番号	この券の有効期間	日から　日まで	1 単給　2 併給

氏名	男 女	生年月日	住所

指定施術者名	傷病名（部位）

施術報酬請求明細書

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	継続月数	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

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

経過	

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	初検時相談支援料	往療料　km	金属副子等加算	施術情報提供料	明細書発行加算	計
円	円	回　円	回　円			
加算（休日・深夜・時間外）　円	再検料　円	加算（夜間・難路・暴風雪）　円	柔道整復運動後療料　回　円	円	円	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	計　円
(1)	100	———						——	——		
(2)	80	———						0.8			
	100							——	——		
(3)	60	———						0.6			
	100							——	——		
(4)	60	———						0.6			
	100							——	——		

摘要	合計	—	円
	※社保負担（健・共）有・無　割	—	円
金属副子等加算日　1回目　日　2回目　日　3回目　日	本人支払額　円	※	円
柔道整復運動後療料加算日　日　日　日　日　日	差引請求（支払）金額	—	円
	決定金額	※	円

施術証明欄

上記のとおり施術したことを証明します。

年　月　日

所在地〒

施術所　名前

電話

指定施術者　氏名

委任状

上記の金額の受領を
師会（理事）長　または　代理人　に委任します。

年　月　日

柔道整復師名
氏名

振込先

預金種類	預金	口座番号	口座名義

備考　この用紙は、日本産業規格A列4番とすること。（※は福祉事務所使用欄）

堺市　保健福祉総合センター所長　印