

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 紙 2 併 紙			
	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	負傷者		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										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 加算 (休日・深夜・時間外)	円	初検時相談支援料 再検料	円	往療料 加算 (夜間・難路・暴風 防雪)	km 回	金属副子等 柔道整復 運動後療料	回 回	施術情報 提供料	明細書発行 体制加算	計	円	
整復料・固定料・施療料	(1)	円	(2)	円	(3)	円	(4)	円	(5)	円	計	
部位 透減 % (1)	100 —	透減開始 月日	後療料 円	冷罨法料 回	温罨法料 回	電療料 回	計 円	多部位 円	計 円	長期 頻回	計 円	
(2)	100 —											
(3)	60 100	—						0.6				
(4)	60 100	—						0.6				
						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		差引請求 (支払) 金額 —				円		
明細書発行体制加算 加算日			日	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。 所在地〒 年 月 日 施術所 名称 電話 指定施術者 氏名											

備考 この用紙は、日本産業規格A4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