

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 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		初検時相談支援料		往療料 k m	金属副子等	回数	施術情報	明細書発行	
加算（休日・深夜・時間外）		再検料		加算（夜間・難路・暴風 防雪）	加算	回数	提供料	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	円	円	
部 位		通 減 %	通 減 開 始 月 日	後 療 料 円 回 円	冷 罨 法 料 円 回 円	温 罨 法 料 円 回 円	電 療 料 円 回 円	計 円	多 部 位 計 円	長 期 頻 回 計 円
(1)		100	――						――	――
(2)		100	――						――	――
(3)		60	――						0.6	
(4)		100							――	――
(5)		60							0.6	
(4)		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
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 〒									
	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
〇〇 〇〇

印