

10 施術費請求明細				(職員氏名)						
傷病名	ア イ ウ エ	施術開始日	ア イ ウ エ	年	月	日	施術期間	年	月	日から
				イ ウ エ	年	月		日まで		
(1) 初 検 料	基 本 初 検 料 ----- 時間外・休日・深夜 (:)			(9) 電 療 費	ア	円×	回			
			円		イ	円×	回			
					ウ	円×	回			
					エ	円×	回			円
(2) 再 検 料			円× 回		(10) 指導管理料		円× 回			円
(3) 在 療 費 (加 算)	km 円× 回 夜間・難路・暴風雨雪 円× 回		円	(11) 運動療法料		円× 回				円
				(12) 証 明 書 料		円× 枚				円
(4) 整 復 料 固 定 料 施 療 料	ア 円× 回 イ 円× 回 ウ 円× 回 エ 円× 回		円	(13) そ の 他						円
(5) 初 診 時 特別材料費	ア 円× 回 イ 円× 回 ウ 円× 回 エ 円× 回		円	現在の状態	治ゆ ・ 死亡 ・ 中止 ・ 転医 ・ 継続					
				傷病の経過						
(6) 後 療 料	ア 円× 回 イ 円× 回 ウ 円× 回 エ 円× 回		円							
(7) 後診時交換 包 帯 料	ア 円× 回 イ 円× 回 ウ 円× 回 エ 円× 回		円							
(8) 電 法 料	ア 円× 回 イ 円× 回 ウ 円× 回 エ 円× 回		円	摘要						
(14) 施 術 費 請 求 合 計 額 円										
(証明) 上記の事項は事実と相違ないことを証明します。(なおこの欄は「1 補償費用の受領委任」をする場合は不要です。)										
年 月 日 柔道整復師の { 所在地 名 称 氏 名										