|  |  |
| --- | --- |
| 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　 　年　 　月　 　日イ　 　年　 　月　 　日ウ　 　年　 　月　 　日エ　 　年　 　月　 　日 | 施術期間 | 　年　 　月　 　日から　　 年 　　月　 　日まで |
| 施術実日数　　　　　　日 |
| (1) | 基本初検料 |  | (9) | ア　　　　円×　　回 |  |
| 初検料 |  | 電療費 | イ　　　　円×　　回 |  |
| 時間外・休日・深夜 |  | ウ　　　　円×　　回 |  |
|  | （　　　 ： 　　　） | 円 |  | エ　　　　円×　　回 | 円 |
| (2)再検料 |  |  | (10)指導管理料 |  |  |
| 円×　　回 | 円 | 　円×　　回 | 円 |
| (3)在療費（加　算） | km |  | (11)運動療法料 |  |  |
| 円×　　回 |  | 　円×　　回 | 円 |
| 夜間・難路・暴風雨雪 |  | (12)証明書料 |  |  |
| 円×　　回 | 円 | 円×　　枚 | 円 |
| (4)整復料固定料施療料 | ア　　　　円×　　回 |  | (13) |  |  |
| イ　　　　円×　　回 |  | その他 |  |  |
| ウ　　　　円×　　回 |  |  |  |
| エ　　　　円×　　回 | 円 |  |  | 円 |
| (5)初診時特別材料費 | ア　　　　円×　　回 |  | 現在の状態 | 治ゆ ・ 死亡 ・ 中止 ・ 転医 ・ 継続 |
| イ　　　　円×　　回 |  | 傷病の経過 |  |
| ウ　　　　円×　　回 |  |  |  |  |
| エ　　　　円×　　回 | 円 |  |  |  |
| (6) | ア　　　　円×　　回 |  |  |  |  |
| 後療料 | イ　　　　円×　　回 |  |  |  |  |
| ウ　　　　円×　　回 |  |  |  |  |
|  | エ　　　　円×　　回 | 円 |  |  |  |
| (7)後診時交換包帯料 | ア　　　　円×　　回 |  | 摘要 |  |  |
| イ　　　　円×　　回 |  |  |  |  |
| ウ　　　　円×　　回 |  |  |  |  |
| エ　　　　円×　　回 | 円 |  |  |  |
| (8) | ア　　　　円×　　回 |  |  |  |  |
| 電法料 | イ　　　　円×　　回 |  |  |  |  |
| ウ　　　　円×　　回 |  |  |  |  |
|  | エ　　　　円×　　回 | 円 |  |  |  |
| (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 |  |