

【受診者照会での返戻について】

|                       |  |         |             |                |                |                |               |       |             |     |          |                   |   |        |              |    |         |         |   |    |    |   |   |   |   |    |    |    |          |       |    |    |    |  |
|-----------------------|--|---------|-------------|----------------|----------------|----------------|---------------|-------|-------------|-----|----------|-------------------|---|--------|--------------|----|---------|---------|---|----|----|---|---|---|---|----|----|----|----------|-------|----|----|----|--|
| 術<br>の<br>内<br>容<br>欄 | 経過   |         |             |                |                |                |               |       |             |     |          |                   |   |        |              |    |         |         |   |    |    |   |   |   |   |    |    |    | 請求<br>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      | ⑮ | 19 | 20 | ⑳ | ㉑ | ㉒ | ㉓ | 24 | 25 | 26 | 27       | ㉘     | 29 | 30 | 31 |  |
|                       | 初検料  | 1,450 円 |             | 初 検 時<br>相談支援料 | 50 円           |                | 再検料           | 320 円 |             | 往療料 | km 回 円   |                   | 金属刷子等加算(大・中・小)  | 円      |              | 計  | 1,820 円 |         |   |    |    |   |   |   |   |    |    |    |          |       |    |    |    |  |
|                       | 加算(休日・深夜・時間外)  | 円       |             | 加算(夜間・難路・暴風雨雪) | 円              |                | 施術情報提供料       | 円     |             | 計   |          |                   |   |        |              |    |         |         |   |    |    |   |   |   |   |    |    |    |          |       |    |    |    |  |
|                       | 整復料・固定料・治療料  | (1)     | 760 円       |                | (2)            | 760 円          |               | (3)   | 円           |     | (4)      | 円                 |   | (5)    | 円            |    | 計       | 1,520 円 |   |    |    |   |   |   |   |    |    |    |          |       |    |    |    |  |
|                       | 部位   | 通減<br>% | 通減開始<br>月 日 | 後療料<br>円 回     | 冷電法料<br>回 80 円 | 温電法料<br>回 75 円 | 電療料<br>回 90 円 | 計     | 円           | 多部位 | 計        | 円                 | 長期  | 計      | 円            |    |         |         |   |    |    |   |   |   |   |    |    |    |          |       |    |    |    |  |
|                       | (1)  | 100     | —           | 505 7          | 3535 1         | 80 6           | 450 6         | 180   | 4,245       | —   | —        | —                 | —   | 4,245  |              |    |         |         |   |    |    |   |   |   |   |    |    |    |          |       |    |    |    |  |
|                       | (2)  | 100     | —           | 505 7          | 3535 1         | 80 6           | 450 6         | 180   | 4,245       | —   | —        | —                 | —   | 4,245  |              |    |         |         |   |    |    |   |   |   |   |    |    |    |          |       |    |    |    |  |
|                       | (3)  | 60      | —           |                |                |                |               |       |             | 0.6 |          |                   |   |        |              |    |         |         |   |    |    |   |   |   |   |    |    |    |          |       |    |    |    |  |
|                       | (4)  | 60      | —           |                |                |                |               |       |             | 0.6 |          |                   |   |        |              |    |         |         |   |    |    |   |   |   |   |    |    |    |          |       |    |    |    |  |
| 摘 要                   | <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; text-align: center;"> <p>例) ○年○月○日<br/>           施術内容に相違はございません。<br/>           ジャパン太郎 ㊞</p> </div>          |         |             |                |                |                |               |       |             |     |          |                   | 合 計   | 1      | 1            | 8  | 3       | 0       | 円 |    |    |   |   |   |   |    |    |    |          |       |    |    |    |  |
|                       |  |         |             |                |                |                |               |       |             |     |          |                   | 一部負担金   |        |              | 3  | 5       | 4       | 9 | 円  |    |   |   |   |   |    |    |    |          |       |    |    |    |  |
|                       |  |         |             |                |                |                |               |       |             |     |          |                   | 請求金額  |        |              | 8  | 2       | 8       | 1 | 円  |    |   |   |   |   |    |    |    |          |       |    |    |    |  |
|                       |  |         |             |                |                |                |               |       |             |     |          |                   | *   |        |              |    |         |         | 円 |    |    |   |   |   |   |    |    |    |          |       |    |    |    |  |
| 支払機関欄                 | 支払区分   | ①振込     | ①普通         | ②銀行送金          | ③通知            | ③当座払           | ④別段           | 金融機関  | 三井住友銀行 仙台支店 |     | フリガナ     | 株式会社陸生 ジャパン柔道整復師会 |   | 登録記号番号 | 契9999999-0-0 |    |         |         |   |    |    |   |   |   |   |    |    |    |          |       |    |    |    |  |
|                       |  |         |             |                |                |                |               |       |             |     | 口座<br>名称 | 2 0 2 4 5 8 4     |   |        |              |    |         |         |   |    |    |   |   |   |   |    |    |    |          |       |    |    |    |  |
| 施術証明                  | 上記のとおり施術したことを証明します。<br>療養費支給金額の受領を<br>平成 28 年 4 月 30 日<br>所在地 〒980-0802 宮城県仙台市青葉区二日町3-10<br>宮城県仙台市青葉区二日町3-10 グラン・シャリオビル5F-E<br>施術所 名称 ○×整骨院<br>電話 022-212-6781 |         |             |                |                |                |               |       |             |     |          |                   | 上記請求に基づく給付金の受領方を左記の者に委任します。<br>平成 28 年 4 月 28 日<br>仙台市(青葉区)長殿<br>住 所(上記住所欄と同じ)<br>被保険者<br>世帯主 |        |              |    |         |         |   |    |    |   |   |   |   |    |    |    |          |       |    |    |    |  |