



# はり・きゅう 施術内容明細

記号	番号	被保険者氏名	受療者氏名	
初療年月日	年 月 日	請求区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続	
施術期間	年 月 日 ~	年 月 日	日間	
傷病名	<input type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 頸腕症候群 <input type="checkbox"/> 五十肩 <input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> 頸椎捻挫後遺症 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
初回	<input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> はり (電気鍼併用) <input type="checkbox"/> きゅう <input type="checkbox"/> きゅう (電気温灸器併用) <input type="checkbox"/> はり・きゅう併用 <input type="checkbox"/> はり・きゅう併用 (電気鍼・電気温灸併用)	初検料	円	
鍼灸師証明欄 2回目以降	はり	円 ×	回 =	円
	はり (電気鍼併用)	円 ×	回 =	円
	きゅう	円 ×	回 =	円
	きゅう (電気温灸器併用)	円 ×	回 =	円
	はり・きゅう併用	円 ×	回 =	円
	はり・きゅう併用 (電気鍼・電気温灸併用)	円 ×	回 =	円
往療料	2 kmまで / 4 kmまで	円 ×	回 =	円
加算	( km ) / 4 km超	円 ×	回 =	円
合計				円
施術日 通院 ○ 往療 ◎	月			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
摘要欄	* 往療がある場合は、往療料の計算のわかる明細と往療を必要とする理由を記入して下さい。			

上記のとおり施術を行いました。

年 月 日

保健所登録区分     施術所所在地     出張専門施術者所在地

鍼灸師 住所 \_\_\_\_\_ 電話 ( ) \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ㊤ 施術者登録番号 \_\_\_\_\_

## 同意書 (はり及びきゅう療養費用)

患 者	住所			
	氏名			
	生年月日	年	月	日
病 名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他			
発病年月日	年	月	日	
初診年月日	年	月	日	
往 療	1. 必要 (理由: _____) 2. 不要			
備 考 (加療期間等)				

上記のものについては、頭書の疾病により鍼灸の施術に同意する。

年 月 日

所 在 地

保 険 医 療 機 関

保 険 医 氏 名

⑩

電 話 番 号

医 療 機 関 コー ド

# 回 答 書

Q1：同意書を書いてもらった病院を選んだ理由

---

---

Q2：治療が「はり・きゅう」に限定されている理由

---

---

Q3：治癒見込日                                      年      月      日      頃

---

Q4：今回、鍼灸の施術を受けるまでの経緯を時系列でご記入ください。

年   月   日

年   月   日

年   月   日

年   月   日

年   月   日

年   月   日

年   月   日

年   月   日

受療者名

Ⓔ

# 同意書

ニューオータニ健康保険組合 理事長 殿

私は、貴組合が療養費の支給の可否を決定するにあたり、必要に応じて関係諸機関へ

照会することに同意いたします。

なお、本書の写しも有効といたします。

被保険者氏名

---

受療者氏名

---

④