施術内容		金額	施術内容		金額
初検料	(時間外・深夜・休日　　円)		電療料	①	
再検料	円×　　回			②	
指導管理料	円×　　回			③	
往療料	距離(片道)　　km			④	
	円×　　回			小計	
小計			あん法料	①	
整初	①			②	
復回	②			③	
固処	③			④	
定置	④			小計	
特別材料料	円×　　部位		その他		
	円×　　部位				
小計			施術証明書・施術費明細書		
後療料	①		合計		
	②		社会保険への請求額		
	③		患者負担	患者負担　　%	
	④			一部負担金	
包帯交換料	単価　　円 回数　①②③④		負担	給付対象外	
小計			計		

請求別受領	施術料　¥　　を　　殿　　に請求中 から受領済 [請求中または受領済の何れかを末梢し、消印をして下さい。]

通院日　　通院の場合は必ず通院日に〇印をつけて下さい。(往療は△印を)

月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#
	合計　　日																													
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#
	合計　　日																													
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#
	合計　　日																													

上記のとおり証明いたします。　平成　　年　　月　　日

所　在　地

電　話　番　号

名　　称