

療 養 費 の 内 訳

(年 月 分)

負傷名		負傷の原因													
診療期間	年 月 日から	診療日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	診療 実日数	日	
	年 月 日まで		11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			
			21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			31
現在の状況	年 月 日	傷病の経過													
	<input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 継続中														
	<input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 中止														
施術の種類												施 術 料 金			
初 検 料	初検年月日	年 月 日	時間外・深夜 休日加算						円	千	円				
再 検 料	回	円	指導管理料	回	円										
往 療 料	距離(片道) km	回	1回	円	夜間・難路 暴風雨雪加算						円				
整 復 固 定 料 初回処置	傷病名及び部位		回 数	1回の料金	特別材料料		円								
	イ		回	円											
	ロ														
	ハ														
後 療 料	イ		回	円	包帯交換料		円								
	ロ														
	ハ														
	ニ														
電 療 料	イ	回	ロ	回	ハ	回	ニ	回							
あん法料	冷あん法	イ	回	ロ	回	ハ	回	ニ	回						
	温あん法	イ	回	ロ	回	ハ	回	ニ	回						
そ の 他	文 書 料		<input type="checkbox"/> 認定請求用		<input type="checkbox"/> 休業証明										
	合 計											千	円		

上記の事項は事実と相違ないことを証明します。(この欄の記入は、診療に当たった医療機関に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。)

所在地
診療機関の名称
柔道整復師の氏名

年 月 日