

この欄はすべて接骨院に記入してもらうこと

接骨院用

2号紙の2 (支部様式)

[様式6号 療養補償請求書]

初請求

継続請求

### 療 養 費 の 内 訳

( 令和4年7月分 )

負傷名	左肩捻挫		負傷の原因	通勤時に転倒し、負傷したもの。			
				接骨院を受診した日に○を付ける			
診療期間	令和4年7月2日から 令和4年7月31日まで		診療日	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	診療実日数	7日	
現在の状況	令和4年7月31日 <input checked="" type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 中止		傷病の経過	7月2日に初診。上記傷病に対し、加療を行い、経過良好につき、7月20日で治ゆ。			
				療養の経過をなるべく詳細に記載してもらうこと			
施術の種類	初検年月日			時間外・深夜 休日加算		施術料金	
初検料	令和4年7月2日			円		千 円 2 2 5 0	
再検料	1回	320円	指導管理料	2回	1,360円	円 1 6 8 0	
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	傷病名及び部位		回数	1回の料金	特別材料料	円	
	イ 左肩捻挫		1回	890円	970円	円 1 8 6 0	
	ロ						
	ハ						
初回処置	イ 左肩捻挫		1回	610円	包帯交換料	円 6 1 0	
	ロ						
	ハ						
	ニ						
電療料	冷あん法	イ 回	ロ 回	ハ 回	ニ 回	円	
	温あん法	イ 回	ロ 回	ハ 回	ニ 回	円	
その他	文書料		<input type="checkbox"/> 認定請求用 <input type="checkbox"/> 休業証明		消費税法により非課税		
					合 計		
						千 円 6 4 0 0	

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