

後期高齢者医療 はり・きゅう施設 施術明細書

（ 年 月分）

被保険者番号					保険者番号	3 9 3 5 2 0 4 2								
被保険者氏名					住 所	萩市								
生 年 月 日	大正	年	月	日	診療開始年月日	平成	年	月	日					
実 施 術 日 数	日				傷病の経過	治ゆ	継続	転医	中止					
主 訴 症 状														
(1)														
(2)														
(3)														
施 術 内 容														
日	はり	きゅう	摘要	被保険者 確認欄	日	はり	きゅう	摘要	被保険者 確認欄	日	はり	きゅう	摘要	被保険者 確認欄
1					11					21				
2					12					22				
3					13					23				
4					14					24				
5					15					25				
6					16					26				
7					17					27				
8					18					28				
9					19					29				
10					20					30				
										31				
請 求		施術1術			回	円				* 審査		円		
		施術2術			回									
施術担当者 住 所 氏 名														

備考 \*印欄には記入しないこと。