

医療機関で記入して  
もらってください。

# 領収金額明細書

組合員証番号	
組合員氏名	

金 円也

治療期間	平成 年 月 日より 平成 年 月 日まで	日間	施術 実施日数	日	
療養者氏名		療養者性別	男・女	療養者 生年月日	
同意医師 氏名		同意医師 住所	TEL ( )		
同意 年月日	年 月 日	傷病名	要加療 期間	年 月 日～ 年 月 日迄	
往診料	片道 2Km以内	円	回	計 0 円	備考
	片道 Km	円	回	計 0 円	
施	はり	初回 円 以後 円	回	0 円	計 0 円
	きゅう	初回 円 以後 円	回	0 円	計 0 円
	はり きゅう 併用	初回 円 以後 円	回	0 円	計 0 円
	電気針又は 電気温灸器 使用	初回 円 以後 円	回	0 円	計 0 円
術	マッサージ 指圧	施術部位			計
		単価 円	部位	円	回 円
料	変形徒手 矯正術	単価 円	回		
	温罨法	単価 円	回		計 円
療養に要した合計金額				円	

上記のとおり領収しました。

平成 年 月 日

所在地  
はり・きゅう  
名称  
氏名  
電話 ( ) -

印

【注意】明細書は1カ月毎に作成してください。