

レセプト用紙

施術日		①	2	3	4	5	6	⑦	8	9	10	11	12	13	14	15	⑬	⑮	⑰	⑱	⑲	⑳	㉑	㉒	㉓	㉔	㉕	㉖	㉗	㉘	㉙	㉚	㉛	㉜	㉝	㉞	㉟	㊱	㊲	㊳	㊴	㊵	㊶	㊷	㊸	㊹	㊺	㊻	㊼	㊽	㊾	㊿
の	初検料	1,460	円	初検時 相談支援料	50	円	再検料	400	円	往療料	km	回	① 金属副子・運動後療料加算 金属副子等加算(大・中・小) 1260円																	計	3,																					
	加算(休日・深夜・時間外)							円	加算(夜間・難路・暴風雨雪)					円	施術情報提供料										円	計																										
内 容 欄	整復料・固定料・施療料		(1)	円	(2)	円	(3)	円	(4)	円	(5)	円	計																																							
	部位	通減 %	通減開始 月 日	後療料 円	回	円	冷罫法料 85 回 円	温罫法料 75 回 円																																												
	(1)	100	—	810	5	4050		5	375																																											
	(2)	100	—	680	5	3400		5	375																																											
	(3)	60	—	505	4	2020		4	300																																											
(4)	100																																																			
摘要 長期理由: (3) 運動時に関節内の違和感が残存し急激な動作時の疼痛も残存するので機能回復のため																																																				
② 金属副子等加算: (1) 1回(16日) 柔道整復運動後療料: 1回 310円(16日)																																																				
支払 機関 欄	支払区分	預金の種類	金融機関	フリガナ	口座 名称	契1234567-0-0																																														
	1.振込	1.普通	三井住友銀行 仙台支店	株式会社健生	シャパン柔道整復師会	2	0	2	4	5	8	4																																								
施 術 証 明 欄	上記のとおり施術したことを証明します。 療養費支給金額の受領を に委任します。 平成 30 年 6 月 30 日 所在地 〒 252-0243 神奈川県相模原市										上記請求に基づく給付金の受領方を左記の者に委任します。 平成 30 年 6 月 20 日 北海道農業団体健康保険組合長殿 住所(上記住所欄と同じ) 被保険者 世帯主 組合員 受給者 氏名																																									
	施術所名称	〇〇整骨院									受取代理人の欄 への委任の欄																																									
電話	123-456-789																																																			
柔道 整復師 氏名	フリガナ マルマル カカカ 氏名 〇〇 ■■■																																																			

レセプト用紙の印字変更点は3か所です。

① **金属副子・運動後療料加算**
6月施術分から二重線で訂正されます。

② **摘要欄に加算項目(副子・運動後療)**を記載
長期理由の後に、回数、金額、算定日が記載され
ます。

③ **受取代理人の欄**
二重線で訂正されます。

2

3