

診療報酬（整復）領収済証明書													
療養者氏名			生年		性別		負傷の原因						
			昭.平.令 年生		男・女								
負傷名				負傷年月日		療養期間							
						自		至					
(1)				平成 令和 年 月 日		平成 令和 年 月 日		平成 令和 年 月 日					
(2)				平成 令和 年 月 日		平成 令和 年 月 日		平成 令和 年 月 日					
(3)				平成 令和 年 月 日		平成 令和 年 月 日		平成 令和 年 月 日					
負傷の経過								転帰					
								1	2	3	4		
								治 ゆ	中 止	転 医	継 続		
種別	初検料		基本初検料					摘要					
			加算	時間外、休日、深夜								円	
	往療料		km	夜間、難路		回						円	
			回	暴風雨雪									
	整復料 固定料 施術料					円						円	
	後療料		回			円						円	
	罨法料		回			円						円	
金属副子 加算	大 中 小	型 型 型				円		円					
合計						円							
<p>上記の金額は、自費診療扱いで領収済であることを証明します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">郵便番号（ - ）</p> <p style="text-align: right;">所在地</p> <p style="text-align: right;">TEL</p> <p style="text-align: center;">整復師 氏名</p>													