第27号の3

診療報酬領収済明細書

組合員等記号・番号		保険者番号		組合の名称	
組合員住所氏名					公務上
療養者住所氏名	年　月　日生				公務外
負傷名		負傷の年月日	令和　年　月　日		
		負傷の経過			
負傷の原因					
施術開始年月日	令和　年　月　日	施術終了年月日	令和　年　月　日	転帰	治癒、継続中 転医、中止

施術の種類	回数	1回の料金	加算料金		施術料金	施術を行なつた期間
初検料		円	深夜時間外	円	円	月　日
往療料			夜間、難路、暴風雨雪、距離			自　月　日 至　月　日
整復固定処置又は初回処置						月　日
後療処置						自　月　日 至　月　日
罨法料			回数	1回の料金		自　月　日 至　月　日
			回	円		
その他						
領収額	円		一部負担金		円	一部負担金を控除した額　円

上記のとおり領収しました。

殿

令和　年　月　日

整復師　住所
　　氏名

1　「負傷の原因」欄は、具体的に詳しく書いてください。

2　標準回数を超過した場合にはその事由を書いてください。

3　「一部負担金を控除した額」欄は、領収額(施術に要した費用の額)から一部負担金を差し引いた額を記入してください。

備考

1　この明細書は、整復師から施術を受けた場合に用いる。

2　用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

別紙様式第28号

特別療養給付管理台帳

組合員であつた者に関する事項	旧組合員の組合員等記号・番号		旧所属機関名	
	氏名、生年月日及び性別	年　月　日　男　女		
	現住所		組合員資格喪失年月日	年　月　日
療養者に関する事項	氏名、生年月日及び性別	年　月　日　男　女	旧組合員との続柄	
証明書の受給期限	年　月　日	他制度による療養給付の可否 (可の場合における制度の名称)	可　否 (制度の名称：　　)	

傷病名	給付開始年月日
	年　月　日
	年　月　日
	年　月　日

資格喪失の際療養の給付等を担当していた保険医療機関等の名称及び所在地	名称		
	所在地		
現に療養の給付等を担当している保険医療機関等の名称、所在地及び診療に従事する保険医の氏名	名称	保険医の氏名	
	所在地		
申請の際の傷病の程度及び療養等の状況			
証明書交付年月日	年　月　日	証明書回収年月日及び回収理由	年　月　日

給付記録

傷病	療養機関名	転帰年月日	備考
		年　月　日	
		年　月　日	
		年　月　日	
		年　月　日	
		年　月　日	
		年　月　日	

備考　用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

別紙様式第40号から別紙様式第43号までを次のように改める。

別紙様式第40号から別紙様式第43号まで　削除

別紙様式第46号から別紙様式第47号の2までを次のように改める。

別紙様式第46号から別紙様式第47号の2まで　削除