

(旧)

帳票No	692	機能名称	施術券及び施術報酬請求明細書（柔道整復）
現行帳票			

		柔 道 整 復																			
(令和 7年 5月分)		地区担当者印		取扱担当者印																	
生活保護法 施術券	交付番号	2	この券の有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	併給																
	患者氏名 北九 [] (71歳) 男		居住地 北九州市 []																		
	指定施術者名 (医) []		傷病名 (部位)																		
	負 傷 名	負傷年月日	初検年月日	施術開始	施術終了	実日数	継続 月数	転 帰													
	(1)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日			治癒・中止・転医													
(2)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日			治癒・中止・転医														
(3)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日			治癒・中止・転医														
(4)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日			治癒・中止・転医														
(5)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日			治癒・中止・転医														
負傷の原因・業務災害通勤災害又は第三者行為外の原因による																					
施 術 報 酬 請 求 明 細 書	経 過	請求区分					新規 ・ 継続														
	施術日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																			
	初検料	円		初検時相談 支援料	円	往療料 km 回	円	金属副子等 加算	円	回	施術情報 提供料	円	明細書発行 体制加算	円	計	円					
	加算 (休日・深夜・時間外)	円	再検料	円	加算 (夜間・難路・ 暴風雨雪)	円	柔道整復 運動後療料	円	回	円	円	円	計	円							
	整復料・固定料・施療料	(1) 円 (2) 円 (3) 円 (4) 円 (5) 円	円 計					円	計	円											
	部位	通減	通減開始	後療料	冷電法料	温電法料	電療料	計	多部位	計	長期	頻回	計	円							
	(1)	100																			
	(2)	100																			
	(3)	60								0.6											
	(4)	60								0.6											
摘要														合 計	—					円	
金属副子等 加算日														1回目 日 2回目 日 3回目 日	※社保負担 (健・共) 有・無 割	—					円
柔道整復運動 後療料加算日														日 日 日 日 日	本人支払額	※					円
明細書発行体制加算 加算日														日	差引請求 (支払)金額	—					円
明細書発行体制加算 加算日														日	決定金額	※					円
施 術 証 明 欄	上記のとおり施術したことを証明します。														所在地 〒						
	令和 年 月 日														施術所 名 称 電 話 指定 施術者 氏 名						

戸畑福祉事務所長

指定施術者名
及び住所

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。(※は福祉事務所使用欄)

(旧)

(柔道整復)

■指定施術者へのお知らせ

- 1 患者の本人支払額は、施術報酬請求明細書右側下欄の「本人支払額」欄記入の金額ですから窓口で徴収してください。
- 2 施術券の有効期間の延長を必要と認めたときは、ただちに福祉事務所に連絡のうえ補正をうけてください。この場合連絡がないと減額されることがありますから注意してください。
- 3 施術券の「傷病名（部位）」欄に記入された傷病名（部位）以外の傷病（部位）が発生し、これについての施術を要するときは、この場合記入がないと減額されることがありますから注意してください。請求明細書の「摘要」欄にその傷病（部位）名を記入しておいてください。
- 4 施術券の所定事項及び明細書の「本人支払額」「社保負担」欄に必要事項の記入のないもの及び施術券に福祉事務所長印のないものは無効ですから、福祉事務所に返送してください。
- 5 「初検年月日」欄には、費用負担関係の如何にかかわらず、その傷病（部位）についての初検年月日を記入してください。
- 6 「負傷の原因」欄には、3部位目を所定料金の100分の60に相当する金額により算定することとなる場合には、すべての負傷名にかかる具体的な負傷の原因を記載してください。
- 7 「施術日」欄には、施術を行った日を○で囲んでください。
- 8 「往療料」欄には、往療した患家までの直線距離(km)、回数及び往療料を記載し、夜間、難路又は暴風雨雪加算を算定する場合は、該当する文字を○で囲んで加算額を記載してください。
また、「摘要」欄に次の事項を記載してください。
 - (1) 歩行困難等真にやむを得ない理由
 - (2) 暴風雨雪加算を算定した場合は、当該往療を行った日時
 - (3) 難路加算を算定した場合は、当該往療を行った日時及び難路の経路
 - (4) 片道16kmを超える往療料を算定した場合は、往療を必要とする絶対的な理由
- 9 脱臼又は骨折の施術に同意した医師の氏名と同意日を「摘要」欄に記載してください。
- 10 施術報酬請求明細書について下記事由に該当する場合は、返戻されることがありますから注意してください。
 - (1) 請求者の氏名の記入もれ
 - (2) 初検年月日の記入もれ
 - (3) 往療距離の記入もれ
 - (4) その他記載不備
- 11 この施術券による当月分の施術がない場合は、福祉事務所に返還してください。
(記入上の注意) ※印の欄には記入しないでください。

■患者へのお知らせ

- 1 併給の場合で、別に保護変更決定通知書を交付しないときは、本券をもってこれに代えます。
- 2 この施術券で施術を受けることのできる期間は施術券の「この券の有効期間」欄に記入された日数です。
- 3 あなたが直接支払う額は、表面右側下欄の「本人支払額」欄に記入された金額ですから窓口で支払ってください。
なお、本人支払額が支払われていない場合には保護の変更、停止又は廃止が行われることもあります。
- 4 施術者及び福祉事務所長の指示、指導に従って療養に専念してください。
- 5 施術が終わったとき、又は施術を中止したときは、すみやかにその旨を福祉事務所に届け出てください。
- 6 施術券は、他人に譲ったり又は使用させてはいけません。

(新)

標準化帳票

太枠：標準化により追加

担当員

取扱担当者

施術券及び施術報酬請求明細書（柔道整復）

（令和 7年 1月分）

03

地区 担当員印		取扱担 当者印		福祉事務所 長印																												
交付番号 6		この券の 有効期間		令和 7年 1月 1日から令和 7年 1月31日まで		単給																										
生活保護法 施術券	氏名	(女)		生 年 月 日	平成23年 1月 1日	住所	999-9999 情報市生活宿 1 1 1 - 1 1 1																									
	指定 施術 者名	情報 マッサージ		傷病名（部位）																												
施術報 酬請 求 明 細 書	負 傷 者	負傷年月日	初検年月日	施術開始年月日	施術終了年月日	実日数	継続 月数	転 帰																								
	(1)	-	-	-	-	-	-	治療・中止・転医																								
	(2)	-	-	-	-	-	-	治療・中止・転医																								
	(3)	-	-	-	-	-	-	治療・中止・転医																								
	(4)	-	-	-	-	-	-	治療・中止・転医																								
	(5)	-	-	-	-	-	-	治療・中止・転医																								
	負傷の原因・業務災害通勤災害又は第三者行為外の原因による																															
	経 過							請求 区分	新 規 継 続																							
	施術日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																														
	初検料	円		初検時初診支療料	円		往療料	km	円	金属副子等加算	円	施術情報 提供料	円	明細書発行 印刷加算	円	計	円															
	加算（休日・深夜・時間外）	円		再検料	円		加算（夜間・早朝・急患 診察）	円	希望型運動療育料	円							計	円														
	整復料・固定料・ 施療料	(1) 円		(2) 円	(3) 円	(4) 円	(5) 円	計	円							計	円															
	部位	適減 %	適減開始 月 日	後療料	円	回	円	冷電法料	円	回	円	温電法料	円	回	円	電療料	円	回	円	計	円	多部位	計	円	長期	回数	計	円				
	(1)	100	—																			—	—									
	(2)	100	—																			—	—									
(3)	60	—																			0.6											
(4)	100	—																			—	—										
(5)	60	—																			0.6											
(6)	100	—																			—	—										
摘 要																	合 計		—						円							
金属副子等 加算日																	1回目		2回目	3回目	無 割		—					円				
柔道整復運動 後療料加算日																	日		日	日	日	本人支払額		※					円			
明細書発行体制加算 加算日																	日		差引請求 (支払)金額		—					円						
明細書発行体制加算 加算日																	日		決定金額		※					円						
施術証明欄	上記のとおり施術したことを証明します。																	所在地〒														
	年 月 日																	施 術 所		名 称												
																	指定施術者		電 話													
																			氏 名													

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。（※は福祉事務所使用欄）

変更点

国の定める標準様式への変更

主な変更点

・印字項目の追加

(新)

(柔道整復)

■指定施術者へのお知らせ

- 1 患者の本人支払額は、施術報酬請求明細書右側下欄の「本人支払額」欄記入の金額ですから窓口で徴収して下さい。
- 2 施術券の有効期間の延長を必要と認めたときは、ただちに福祉事務所に連絡のうえ補正をうけてください。この場合連絡がないと減額されることがありますから注意してください。
- 3 施術券の「傷病名(部位)」欄に記入された傷病名(部位)以外の傷病(部位)が発生し、これについての施術を要するときは、この場合記入がないと減額されることがありますから注意してください。請求明細書の「摘要」欄にその傷病(部位)名を記入しておいてください。
- 4 施術券の所定事項及び明細書の「本人支払額」「社保負担」欄に必要事項の記入のないもの及び施術券に福祉事務所長印のないものは無効ですから、福祉事務所に返送してください。
- 5 「初検年月日」欄には、費用負担関係の如何にかかわらず、その傷病(部位)についての初検年月日を記入してください。
- 6 「負傷の原因」欄には、3部位目を所定料金の100分の60に相当する金額により算定することとなる場合には、すべての負傷名にかかる具体的な負傷の原因を記載してください。
- 7 「施術日」欄には、施術を行った日を○で囲んでください。
- 8 「往療料」欄には、往療した患者までの直線距離(km)、回数及び往療料を記載し、夜間、難路又は暴風雨雪加算を算定する場合は、該当する文字を○で囲んで加算額を記載してください。
また、「摘要」欄に次の事項を記載してください。
(1)歩行困難等真正にやむを得ない理由
(2)暴風雨雪加算を算定した場合は、当該往療を行った日時
(3)難路加算を算定した場合は、当該往療を行った日時及び難路の経路
(4)片道16kmを超える往療料を算定した場合は、往療を必要とする絶対的な理由
- 9 脱臼又は骨折の施術に同意した医師の氏名と同意日を「摘要」欄に記載してください。
- 10 施術報酬請求明細書について下記事由に該当する場合は、返戻されることがありますから注意してください。
(1)請求者の氏名の記入もれ
(2)初検年月日の記入もれ
(3)往療距離の記入もれ
(4)その他記載不備
(記入上の注意)※印の欄には記入しないでください。

■患者へのお知らせ

- 1 併給の場合で、別に保護変更決定通知書を交付しないときは、本券をもってこれに代えます。
- 2 この施術券で施術を受けることのできる期間は施術券の「この券の有効期間」欄に記入された日数です。
- 3 あなたが直接支払う額は、表面右側下欄の「本人支払額」欄に記入された金額ですから窓口で支払ってください。
なお、本人支払額が支払われていない場合には保護の変更、停止又は廃止が行われることもあります。
- 4 施術者及び福祉事務所長の指示、指導に従って療養に専念してください。
- 5 施術が終わったとき、又は施術を中止したときは、すみやかにその旨を福祉事務所に届け出てください。
- 6 施術券は、他人に譲ったり又は使用させてはいけません。