

帳票No	694	機能名称	施術券及び施術報酬請求明細書（はり・きゅう）
現行帳票			

施術券及び施術報酬請求明細書（はり・きゅう）

取扱担当者印

生活保護法施術券	交付番号 4	この券の有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	施術開始日	併給
	患者氏名 北九 XXXXXXXXXX			居住地 北九州市 XXXXXX	
	(71歳) 男				
	傷病名			はり・きゅう師氏名 (医) XXXXXXXXXX	
上記患者についてははり・きゅうの施術費給付を要することを認めます。 令和 7年 5月14日 戸畑福祉事務所長 XXXXXXXXXX					

施 術 報 酬 請 求 明 細 書	初回施術年月日		年 月 日		実日数		日 既施術回数		回 転帰		治癒・中止		
	①初 検 料								円		摘 要		
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用												
	②はり・きゅう				施術の種類		1 術 回		2 術 回				
	通所						円× 回＝		円				
	訪問施術料 1						円× 回＝		円				
	訪問施術料 2						円× 回＝		円				
	訪問施術料 3 (3～9人)						円× 回＝		円				
	訪問施術料 3 (10人以上)						円× 回＝		円				
	③電療料(加算)						円× 回＝		円				
1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具						円× 回＝		円					
④特別地域(加算)						円× 回＝		円					
⑤ 往 療 料						円× 回＝		円					
⑥ 施術報告書交付料 (前回支給： 年 月分)						円× 回＝		円					
施術日 訪問1①				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									
通院○ 訪問2②													
往療◎ 訪問3③ 月													
○往療又は訪問の理由 (1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他 ())													
⑦ 合 計 金 額 (①+②+③+④+⑤+⑥)						請 求		※ 決 定		円			
※⑧ 社 保 負 担 (健・共) 有・無						割				円			
※⑨ 本人支払額						円				円			
⑩ 差引請求(支払)金額 (⑦-⑧-⑨)										円			

請求書	(患者氏名) に係る上記明細書による施術料を請求します。 年 月 日 (はり・きゅう師名) 氏 名 戸畑福祉事務所長 宛
委任状	上記の金額の受領を 年 月 日 師会(理事)長(氏名) に委任します。 (はり・きゅう師名) 氏 名

(旧)

(はり・きゅう)

はり・きゅう師へのお知らせ

- 1 患者の本人支払額は、施術報酬請求明細書左側下欄の「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 施術券の所定事項及び請求明細書の「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承認書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。
 - 4 「初回施術年月日」欄には費用負担関係の如何にかかわらず、その傷病についての初回施術年月日を記入してください。また、「①初検料」の施術内容欄には、該当する項目を○で囲んでください。
 - 5 「摘要」欄には往療を必要とした理由等を付記してください。
 - 6 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) 請求書の氏名の記入もれ
 - (2) 初回施術年月日、既施術回数の記入もれ
 - (3) 往療距離の記入もれ
 - (4) その他
- (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「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「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 施術を受けている期間は、その疾病については、指定医療機関の医療を受けることはできませんから注意してください。
- 6 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。
- 7 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：標準化により簡略化

(表面)

施術券及び施術報酬請求明細書（はり・きゅう）

（令和 6年11月分）

担当員

取扱担当者

生活保護法 施術券	交付番号 2	有効期間 令和 6年11月 1日から 令和 6年11月30日まで	施術開始日	単給
	患者氏名 （昭和20年 1月 1日生まれ）(79歳) （男） 50042 01	居住地 999-9999 情報市生活街 1 1 1 - 1 1 1		
	傷病名	はり・きゅう師氏名 情報 マッサージ		

施術報酬請求明細書（はり・きゅう）

○初回施術 年 月 日	年 月 日	実日数	日	既施術回数	回	転 帰	治療・中止																										
① 初 検 料 1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用				円		摘 要																											
施 術 料	② はり・きゅう			施術の種類	1 術 回	2 術 回																											
	通所				円 × 回 =	円																											
	訪問施術料 1				円 × 回 =	円																											
	訪問施術料 2				円 × 回 =	円																											
	訪問施術料 3 (3～9人)				円 × 回 =	円																											
	訪問施術料 3 (10人以上)				円 × 回 =	円																											
③ 電療料(加算) 1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具				円 × 回 =	円																												
④ 特別地域(加算)				円 × 回 =	円																												
⑤ 往 療 料				円 × 回 =	円																												
⑥ 施術報告書交付料 (前回支給: 年 月 分)				円 × 回 =	円																												
施術日	訪問1①	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	
通院○	訪問2②																																
往療○	訪問3③																																
○往療又は訪問の理由（ 1. 徒歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより徒歩による外出困難 3. その他（ ） ）				請 求		※ 決 定																											
⑦ 合 計 金 額 (①+②+③+④+⑤+⑥)				円		円																											
※ ⑧ 社保負担（ なし ） 無 割				円		円																											
※ ⑨ 本人支払額 円				円		円																											
⑩ 差引請求(支払)金額 (⑦-⑧-⑨)				円		円																											

請求書	にかかると上記明細書による施術料を請求します。 ■ 情報市福祉事務所 1 長 年 月 日 所長 太郎 住 所 はり・きゅう師 氏 名	
	上記の金額の受領を 師会(理事)長(氏名) に委任します。 (はり・きゅう師名) 年 月 日 氏 名	
委任状		

情報市福祉事務所 1 長

所長 太郎

情報市
の公印

変更点

国の定める標準様式への変更
主な変更点
・印字項目の削除、簡略化

(新)

(裏面)

はり・きゅう師へのお知らせ

- 1 患者の本人支払額は、施術報酬請求明細書左側下欄の「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下さい。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下さい。
- 3 施術券の所定事項及び請求明細書の「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下さい。
- 4 「初回施術年月日」欄には、費用負担関係の如何にかかわらず、その傷病についての初回施術年月日を記入して下さい。また「①初検料」の施術内容欄には、該当する項目を○で囲んで下さい。
- 5 「摘要」欄には往療を必要とした理由等を付記して下さい。
- 6 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下さい。
 - (1) 請求書の氏名の記入もれ
 - (2) 初回施術年月日、既施術回数の記入もれ
 - (3) 往療距離記入もれ
 - (4) その他

(記入上の注意)

※印の欄には記入しないで下さい。

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「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「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下さい。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下さい。
- 5 施術を受けている期間は、その疾病については、指定医療機関の医療を受けることはできませんから注意して下さい。
- 6 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長に届け出て下さい。
- 7 施術券は、他人に譲ったり又は使用させてはいけません。