様式第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	32100414	組合の名称	群馬県市町村職員共済組合
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	治ゆ、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	施術を行った期間
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
			回	円		至　月　日
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

住所

整復師

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

この明細書は、整復師から施術を受けた場合に用いる。