

## 柔道整復施術報告書

被施術者 播磨 東彦 生年月日 (昭和・平成 令和) ○ 年 ○ 月 ○ 日

受傷日 令和〇年〇月〇日

施術期間 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 ~ 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

施術日数 10 日

施術部位 右足首

|     |       |
|-----|-------|
| 負傷名 | 右足首捻挫 |
|-----|-------|

保険分（10割の金額を記入願います）

|                                                                                                                                                                                                    |          |          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|
| <初検料・再検料等>                                                                                                                                                                                         | 初検料      | 1,460 円  |
|                                                                                                                                                                                                    | 初検時相談支援料 | 50 円     |
|                                                                                                                                                                                                    | 再検料      | 320 円    |
| <施術情報提供料>                                                                                                                                                                                          |          |          |
| <往療料>                                                                                                                                                                                              |          |          |
| <施術料等>                                                                                                                                                                                             |          |          |
| <p>本報告書（柔道整復施術報告書〈共済様式〉）は、<u>柔道整復士が所属する施設で実施した施術を受けた患者の氏名を記載して作成することとされています。</u></p> <p>※請求者が記入するものではありません。<br/>         施術を受けた整骨院等に記入してもらってください。</p> <p>※文書料が発生した場合、<u>文書料はご請求者様へ発生いたします。</u></p> |          |          |
| 計                                                                                                                                                                                                  |          | 11,890 円 |

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

住 所 加古川市〇〇〇〇〇

施 術 所 名 ○○接骨院

氏 名 ○○ ○○ 印

電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

＜個人情報取り扱いについて＞

本共済契約に利用する個人情報、公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。ただし、保健医療等の特別な非公開情報（センシティブ情報）の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。