

柔道整復施術報告書

被施術者 音羽 翔太 生年月日 (昭和・平成・令和) ● 年 5 月 15 日受傷日 令和 ● 年 8 月 10 日施術期間 令和 ● 年 8 月 11 日 ~ 令和 ● 年 8 月 31 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
・この様式は領収書がある場合は不要です。 ・整骨院・接骨院を受診された場合は、本様式を医療機関に作成いただき、ご提出ください。 ・文書料(診断書)は自己負担となります。		320 円
		円
		円
		1,520 円
	後療料	7,070 円
	温電法料	1,050 円
冷電法料	円	
電療料	420 円	
計		11,890 円

令和 ● 年 9 月 2 日

住 所 愛知県〇〇市〇〇町〇〇-〇施 術 所 名 〇〇接骨院氏 名 目白 哲夫 ⑩電 話 0XX1-23-5555

＜個人情報の取り扱いについて＞

本共済契約に関する個人情報は、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。