

放課後安心プラン 柔道整復施術報告書

被施術者	安全 次郎		生年月日	昭和 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日 令和
負傷名	左足首の捻挫		受傷日	令和 ○ 年 5 月 12 日
施術部位	左足首			
施術日数	6 日	施術日数	令和 ○ 年 5 月 12 日 ~ 令和 ○ 年 6 月 15 日	
施術費用（保険分……10割の金額を記入願います）			通院治療日を下記に○印をお願いします	
初検料 再検料等	初検料	1,460 円	5月	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
	初検時相談支援料	50 円	6月	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
	再検料	320 円	月	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
施術情報提供料		円	月	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
往療料		円	月	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
施術料等	整復・固定施療料	1,520 円	月	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
	後療料	7,070 円	月	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
	温電法料	1,050 円	固定具を常時装着指示した期間	
	冷電法料	円	令和○年5月12日 ~ 令和○年5月17日	
	電療料	420 円	固定具種類	
計		11,890 円	ギブス・ギブスシーネ・ギブスシャーレ・シーネ	
			その他	
固定部位	<input checked="" type="checkbox"/> 腕または脚の固定	<input type="checkbox"/> 胸部または腹部の固定	<input type="checkbox"/> その他( )	
手足の指の固定具、頸椎固定シーネ、頸椎カラー、頸部のコルセット、鎖骨固定帯、胸部固定帯、肋骨固定帯、軟性コルセット、サポータ・テーピングその他着脱が容易なものは固定具にはなりません。				

令和 ○ 年 6 月 30 日

〒000-0000

住 所 ○○県○○市○○丁目2-2 ☎(000)000-0000

施 術 所 名 ■■■接骨院

氏 名 ■■■

全子連受付日

<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。