

往療料内訳書

施術年月 平成27年4月  
 被保険者番号 00654321  
 被保険者氏名 後期 花子  
 施術住所 熊本市東区健軍□-□-□

住民票上の住所と異なる場合は、実際に往療した場所の住所を記載してください。

施術日	先順位患者等の住所	被保険者氏名等	往療距離(km)	往療料(円)
1				
2				
3	熊本市東区健軍○-○-○	〇〇〇鍼灸院	1.8	1,800
4				
5				
6	熊本市東区健軍△-△-△	後期 一郎	1.2	1,800
7				
8				
9				
10				
11				
12	熊本市東区健軍○-○-○	〇〇〇鍼灸院	1.8	1,800
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20	熊本市東区健軍△-○-○	広城 太郎	0.8	1,800
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28	熊本市東区健軍○-○-○	〇〇〇鍼灸院	1.8	1,800
29				
30				
31				
計				9,000円

先順位患家または施術所から近いほうの直線距離を記載してください。