

施術内容(領収)明細書 (令和 年 月分)

(マッサージ 用)

◎ 初回の申請には「医師の同意書」を添付し、継続する場合は3ヶ月ごと同意を得てください。

① 被保険者の記号・番号		② 療養を受けた者の氏名										③ 区分		④ 生年月日							
_____												被保険者 被扶養者		昭 平 令 年 月 日							
あ ん ま ま マ ッ サ ー ジ 内 容 欄	施	初療年月日		施術期間										実日数		請求区分					
	ん	令和 年 月 日		令和 年 月 日から 年 月 日										日		新規・継続					
	ま	傷病名または症状														転 帰					
	ま															継続・治癒・中止・転医					
	マ	マッサージ		躯幹		円× 回= 円										摘 要					
	ッ			右上肢		円× 回= 円															
	サ			左上肢		円× 回= 円															
	ー			右下肢		円× 回= 円															
	ジ			左下肢		円× 回= 円															
	内	変形徒手矯正術		円× 肢× 回= 円																	
	容	温 罨 法		円× 回= 円																	
	欄	温罨・電気光線器具		円× 回= 円																	
	欄	往療料 2kmまで		円× 回= 円																	
	欄	加算 (km)		円× 回= 円																	
	欄	費用額計		円																	
欄	施術日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16																			
欄	通院○																				
欄	往療◎	月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																		
欄	施	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。										領収金額									
欄	入											円									
欄	証																				
欄	明	住所																			
欄	欄	令和 年 月 日 あんま・マッサージ指圧師 氏名												(印)							
欄	欄	電話		()																	
同意記録	同意医師の氏名		住所										同意年月日		傷病名		要加療期間				
													年 月 日								
														年 月 日							