

# 施術内容( 領収 )明細書 (平成 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		大昭平 年 月 日					
あ ん ま ま マ ッ サ ー ジ 内 容 欄 施 術 明 細 欄	初療年月日		施術期間										実日数		請求区分				
	平成 年 月 日		平成 年 月 日から 年 月 日										日		新規・継続				
	傷病名または症状														転 帰				
	マッサージ		躯幹		円× 回= 円										摘 要				
			右上肢		円× 回= 円														
			左上肢		円× 回= 円														
			右下肢		円× 回= 円														
			左下肢		円× 回= 円														
	変形徒手矯正術		円× 肢× 回= 円																
	温 罨 法		円× 回= 円																
	温罨・電気光線器具		円× 回= 円																
	往療料 2kmまで		円× 回= 円																
	加算 ( km)		円× 回= 円																
	費用額計		円																
	施術日		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
通院○																			
往療◎		月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
施 術 欄		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		円					
入 証 明 欄		住所		平成 年 月 日 あんま・マッサージ指圧師 氏名 _____ (印)										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									
						平成 年 月 日													