

# 施術内容( 領収 )明細書 (平成 24年 12 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 <b>99</b> _____ <b>99</b>	② 療養を受けた者の氏名 <b>山田 よしこ</b>	③ 区分 被保険者 被扶養者	④ 生年月日 大昭平 99 年 9 月 9 日			
あ ん ま ま マ ッ サ ー ジ 内 容 欄 記 入 証 明 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	この欄 は施術者に記入・捺印してもらってください。		転 帰		
	マッサージ			医		
	変形徒手矯正術					
	温 罨 法					
	温罨・電気光線器具					
	往療料 2kmまで					
	加算 ( km) 円 × 回 = 円					
	費 用 額 計 円					
施術日 通院○ 往療◎	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 月 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31					
施 術 記 入 証 明 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	
同意医師の氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間		
○○○	東京都 ××市△△	平成 24年11月 30日	内出血後 右半身筋麻痺	3ヶ月		
		平成 年 月 日				