

領収（施術）明細書（あんま・マッサージ用）

「療養費・療養付加金支給申請書」に添付してください。

被保険者欄	被保険者証		発病又は負傷年月日		傷病名																											
	記号	番号	平・令 年 月 日																													
	療養を受けた者の氏名	フリガナ	続柄	発症又は負傷の原因及びその経過																												
		男・女	業務上・外・第三者の行為の有無																													
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	1.業務上 2.第三者行為である 3.その他																													
施術内容欄	初療年月日		施術期間			実日数	請求区分																									
	平・令 年 月 日		平・令 年 月 日～平・令 年 月 日			日	新規・継続																									
	傷病名または症状					転帰																										
						継続・治癒・中止・転医																										
	マッサージ		円×	局所×	回＝	円	摘要																									
			円×	局所×	回＝	円																										
	変形徒手矯正術		円×	肢×	回＝	円																										
	温電法		円×		回＝	円																										
	温電法・電気光線器具		円×		回＝	円																										
	往療料（2kmまで）		円×		回＝	円																										
	加算（ kmまで）		円×		回＝	円																										
	加算（ kmまで）		円×		回＝	円																										
	加算（ kmまで）		円×		回＝	円																										
加算（ kmまで）		円×		回＝	円																											
合計						円																										
施術日 通院 往療	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。																															
	令和 年 月 日																															
	住所 免許登録番号 あんまマッサージ指圧師 氏名 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																							
					令和 年 月 日																											
	再同意医師の氏名		住所		同意年月日		傷病名		要加療期間																							
				令和 年 月 日																												

<記入上の注意>

1. 摘要欄は、往療を必要とした理由、施術に関する特記事項等を記入してください。
2. 施術期間が6か月を超える場合、再度 保険医から同意書の交付を受けてください。
変形徒手矯正術を受け、1か月を超えて引き続き同病名で施術を受けようとする場合も、同意書の交付を受けてください。