

領収（施術）明細書（あんま・マッサージ用）

※「療養費支給申請書」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	平成 令和		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																									
	平成 令和	年 月 日	平成 令和	年 月 日	～	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 罨 法			円×	回＝	円																										
	温罨法・電気光線器具			円×	回＝	円																										
	往療料（4kmまで）			円×	回＝	円																										
往療料（4km超）			円×	回＝	円																											
施術報告書交付料（前回支給：年 月分）					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
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																											

<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. 平成30年10月（同意書様式変更）以降に同意をとる際には同意期間が6ヶ月となります（変形性徒手矯正術は1ヶ月）
同意期間終了後の再同意について口頭同意が廃止されます。
必ず主治医の診察を受け施術の必要性を確認してから同意書の交付を受けてください。
3. 施術報告書交付料は、同意期間中に1回のみ療養費支給申請書に添付の上、請求することが可能です。