

領収（施術内容）明細書（ 年 月分）（あんま・マッサージ用）

※「療養費・第二家族療養費請求書」に添付してください

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号 ※枝番記入不要										○発病又は負傷年月日			○傷病名					
											年 月 日								
	(フリガナ)										続 柄		○発症又は負傷の原因及びその経過						
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名										男 ・ 女		○業務上・外、第三者行為の有無						
													1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他						
昭・平・令 年 月 日生																			
施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日					施 術 期 間					実 日 数		請 求 区 分						
	令和 年 月 日					自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日					日		新 規 ・ 継 続						
	傷 病 名 又 は 症 状												転 帰						
													継続・治癒・中止・転医						
	マ ッ サ ー ジ					軀 幹 円× 右上肢 円× 左上肢 円× 右下肢 円× 左下肢 円×		回＝ 回＝ 回＝ 回＝ 回＝		円 円 円 円 円		摘 要							
	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 4 kmまで					円×				回＝		円							
	往療料 4 km超					円×				回＝		円							
	施術報告書交付料 (前回支給： 年 月分)					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 免許登録番号										保健所登録区分		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地					
		あん摩マッサージ指圧師 住 所 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 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

- 「摘要」欄は往療を必要とした理由、施術に関する特記事項を記入してください。
- 初療の日から6か月を経過して施術を続ける場合、再度医療機関で診療を受けた上で医師からの再同意が必要になります。
- 初回申請時および6か月経過毎に同意書（写）を添付してください。また、再同意の際に施術者から施術報告書が交付されている場合は、施術報告書の写しも合わせて添付してください。