

施術管理者が証明する欄														
施術内容証明書[平成・令和 年 月分] (はり・きゅう用)														
被 保 険 者 証		施術を受けた者の氏名			被保険者		被扶養者							
(記号)	(番号)				生 年 月 日	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						
	平・令 年 月 日			自 平・令 年 月 日～至 平・令 年 月 日			日	新 規 ・ 継 続						
	傷病名			1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩				転 帰						
				5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()				継続・治癒・中止・転医						
	初検料 1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用							円	摘 要 ※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名					
	施 術 料	はり			円× 回＝				円	施術日 . . . 日				
		きゅう			円× 回＝				円					
		はり・きゅう併用			円× 回＝				円					
		電療料 1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具			円× 回＝				円	※往療を必要とした場合に記入 往療日 . . . 日				
	往 療 料 4 km まで			円× 回＝				円	往療を必要とした理由					
	往 療 料 4 km 超			円× 回＝				円						
	施 術 報 告 書 交 付 料 (前回支給:平・令 年 月分)			円× 回＝				円						
費 用 額 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。													
	領収金額 円 平・令 年 月 日													
	はり師免許登録番号													
	きゅう師免許登録番号													
	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										
はり きゅう師	所在地		〒											
	施術所名													
	施術管理者名		電話											
備考														
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・令 年 月 日									

施術管理者が証明する欄															
施術内容証明書[平成・令和 年 月分]（あんま・マッサージ用）															
被 保 険 者 証			施術を受けた者の氏名			被保険者			被扶養者						
（記号）	（番号）					生年 月 日	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						
	平・令 年 月 日			自 平・令 年 月 日～至 平・令 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× 回＝ 円		摘 要 ※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名 _____ 施術日 . . . 日						
				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					※往療を必要とした場合に記入						
	温電法			円× 回＝ 円					往療日 . . . 日						
	温電法・電気光線器具			円× 回＝ 円					往療を必要とした理由						
	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:平・令 年 月分)			円× 回＝ 円											
費 用 額 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。														
	領収金額 円 平・令 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	所在地		〒 -											
施術所名															
施術管理者名		電話													
備 考															
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・令 年 月 日								