

# 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	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																									
	令和 年 月 日		令和 年 月 日～令和 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(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																																
施術日																																
通院○	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
往療◎																																
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 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																								
					平成・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																								
					平成・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. 初療の日から3ヶ月を経過した時点における同意書(変形性徒手矯正術の場合を除く)については、実際に医師から同意を得ていれば必ずしも添付は要しません。この場合には、同意をした医師の氏名、住所、同意年月日、傷病名、要加療期間の指示等がある場合には、その期間を同意記録欄に記入してください。