

領収(施術)明細書 (あんま・マッサージ用)

※この用紙は施術所に記入を依頼してください

(令和 年 月分)

被 保 険 者 欄	○保険証の記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名		
			平成 年 月 日 令和				
	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、第三者行為の有無			
昭・平・令 年 月 日生		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 年 月 日 令和		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		躯 幹	円 ×	回 =	円	摘 要
			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	
	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 ×		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。				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	
	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を記入してください。
- 2.初回時、また6ヵ月(変形徒手矯正術については1ヵ月)ごとに医師の診察の上での同意が必要となります。
医師の同意は同意書またはそれと同等の判断ができる書類(診断書等)の交付が必要です。
- 3.施術報告書交付料を算定する場合は、施術報告書の写しを添付するよう被保険者に指示してください。
- 4.1年以上かつ月16回以上の施術を行う場合は、施術者は「施術継続理由・状態記入書」を交付してください。