

## 領収（施術）明細書（あんま・マッサージ用）

※「療養費・療養付加金支給申請書」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 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・令 年 月 日		令 年 月 日～令 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						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																															
	住所															氏名																
免許登録番号															あんまマッサージ指圧師																	
															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																											

&lt;記入上の注意&gt;

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. 施術期間が6か月を超える場合、再度 保険医から同意書の交付を受けてください。  
変形徒手矯正術を受け、1か月を超えて引き続き同病名で施術を受けようとする場合も、同意書の交付を受けてください。

※捺印は不要です。但し、訂正した場合は訂正印を押印してください。