別添１（様式第６号の２）

領収（施術）明細書（　　年　　月分）（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

被保険者証等の記号番号	発病又は負傷年月日	傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過
―	年　月　日	

療養を受けた者の氏名	続柄	業務上・外、第三者行為の有無
(ﾌﾘｶﾞﾅ) 男・女 昭・平・令　年　月　日生		1．業務上　2．第三者行為 3．その他（　　） 施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載）

施術内容欄

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
（　）　年　月　日	自・令和　年　月　日～至・令和　年　月　日	日	新規・継続
傷病名及び症状			転帰 継続・治癒・中止・転医

		同意部位	(躯幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)	摘要
施術料	マッサージ（施術料）	施術回数	回	回	回	回	回	
	通所	円×		回＝		円		
	訪問施術料　1	円×		回＝		円		
	訪問施術料　2	円×		回＝		円		
	訪問施術料　3（3人～9人）	円×		回＝		円		
	訪問施術料　3（10人以上）	円×		回＝		円		
	温罨法（加算）	円×		回＝		円		
	温罨法・電気光線器具（加算）	円×		回＝		円		

変形徒手矯正術（加算） ※温罨法との併施は不可	同意部位	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)
	施術回数	回	回	回	回
	円×		回＝		円

特別地域（加算）	円×	回＝　円
往療料	円×	回＝　円
施術報告書交付料　（前回支給：　年　月分）	円×	回＝　円
合計		円
一部負担金（1割・2割・3割）		円
請求額		円

施術日	訪問1①	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
通所○	訪問2②																																
往療◎	訪問3③																																

○往療又は訪問の理由（　1．独歩による公共交通機関を使っての外出困難　2．認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難　3．その他（　　））

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

登録記号番号

施術所　所在地　〒　－

名　称

施術管理者　氏　名　　電話

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

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		

＜記入上の注意＞

１．摘要欄は、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。

キユーピー・アヲハタ健康保険組合
R6.10