

## 施術内容（領収）明細書（令和 年 月分）（あんま・マッサージ用）

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	(フリガナ)	続 柄	○業務上・外、第三者行為の有無																												
男・女		( 1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ( ) )																														
明・大・昭・平・令 年 月 日生		○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																										
	施 術 料	マッサージ（施術料）		同意部位	( 軀幹 )	( 右上肢 )	( 左上肢 )	( 右下肢 )	( 左下肢 )	摘 要																						
				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																										
施術日	訪問1①	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																															
月																																
○往療又は訪問の理由 ( 1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 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。		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		〒																													
	免許登録番号		あん摩マッサージ指圧師		住 所																											
				氏 名																												
				電 話																												
備 考																																
同 意 記 録	同意医師の氏名		医療機関名・医療機関住所			同意年月日			傷 病 名			要加療期間																				
						令和 年 月 日																										