

施術内容（領収）明細書（マッサージ用）（令和 年 月分）

被保険者証の 記号と番号		療養を受けた者の氏名		生年月日		S・H・R 年 月 日											
				被保険者		被扶養者											
あん摩・ マッサージ指 圧師記入欄	初療年月日	施 術 期 間						実日数	請求区分								
	平・令 年 月 日	平・令 年 月 日 から 年 月 日 まで						日	新規 継続								
	傷病名又は症状	筋麻痺 ・ 関節拘縮 症状（ ）							転 帰								
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹	円 ×		回 =		円	継続 ・ 治癒 中止 ・ 転医									
		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	摘 要									
	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											
合 計							円										
施術日	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
通院○往療◎		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。						領収金額	円									
	令和 年 月 日	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												

※同意書は初回のみ原本が必要です。

2019.6.1

イオン健康保険組合