

後期高齢者医療療養費施術内容明細書（年 月分）（あんま・マッサージ償還払用）

被 保 険 者 欄	○被保険者番号						○発病又は負傷年月日			○傷病名			
	0						年	月	日				
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)						性 別			○発症又は負傷の原因及びその経過		
		明・大・昭 年 月 日生						男 ・ 女			○業務上・外、第三者行為の有無		
1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他													
初療年月日			施 術 期 間			実 日 数			請 求 区 分				
年 月 日			自・ 年 月 日～至・ 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				
施 術 内 容 欄	マ ッ サ ー ジ			軀 幹	円×		回=	円					
				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(総距離: . km)			円×			回=	円					
	往療料4km超 (総距離: . km)			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											
摘 要													
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				
年 月 日						住 所							
免許登録番号						あん摩マッサージ指圧師 氏 名			電 話				
同 意 記 録	同意医師の氏名			住 所			同意(再同意)年月日			傷 病 名		要加療期間	
							年 月 日						