

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																								
			男・女		○業務上・外、第三者行為の有無																												
		明・大・昭 年 月 日生						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																						
	年 月 日		自・ 年 月 日～至・ 年 月 日						日		新 規 ・ 継 続																						
	傷 病 名 又 は 症 状								日		転 帰																						
											継 続 ・ 治 癒 ・ 中 止 ・ 転 医																						
	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																																	
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																								
	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																												