

後期高齢者医療療養費施術内容明細書

(平成 年 月分) (マッサージの償還払用)

被保険者番号												
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		発病又は負傷年月日										
女		業務上・外、第三者行為の有無										
生 年 月 日		明・大・昭 年 月 日										
平成 年 月 日		平成 年 月 日										
施 術	初療年月日	平成 年 月 日	施術期間	自・平成 年 月 日～至・平成 年 月 日							実日数	区分
	傷病名又は症状								日	新規・継続		
術	マ ッ サ ー ジ	軀 幹	円×	回＝						円	転 帰 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		
内 容	変形徒手矯正術	円×	肢×	回＝						円		
	温 罨 法	円×		回＝						円		
	温電法・電気光線器具	円×		回＝						円		
欄	往療料 2kmまで	円×		回＝						円		
	加算(km)	円×		回＝						円		
	加算(km)	円×		回＝						円		
合 計 額		円										
施術日		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										
通院○		月										
往療◎												
摘 用												
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										氏名	
	あん摩マッサージ指圧師										電話番号	
同 意 記 録	同意医師の氏名	医 療 機 関 所 在 地			同 意 年 月 日			傷 病 名			要加療期間	
					平成 年 月 日							
	再同意医師の氏名	医 療 機 関 所 在 地			再 同 意 年 月 日			傷 病 名			要加療期間	
				平成 年 月 日								