

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																							
										1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他																							
明・大・昭 年 月 日生																																	
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												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																						
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																								