

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 險 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						
			明・大・昭 年 月 日生			○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						
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		
	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			
	免許登録番号		年 月 日	住 所								
			_____	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								