

令和年

月分

あんま・マッサージ診療報酬領収済み細書

組合員記号・番号		公立兵庫				共済組合の名称		公立学校共済組合兵庫支部																														
組 合 員 住所・氏名		住 所								公務上																												
		氏 名																																				
受 診 者 住所・氏名		住 所								公務外																												
		氏 名		昭・平・令年 月 日																																		
○発病又は負傷年月日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過																																				
年 月 日																																						
○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載）																																						
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・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日												日		新 規 ・ 継 続																					
	傷病名及び症状																転 帰																					
																	継続・治癒・中止・転医																					
	施 術 料		マッサージ（施術料）						同意部位 施術回数	(軀 幹) 回		(右 上 肢) 回		(左 上 肢) 回		(右 下 肢) 回		(左 下 肢) 回		摘 要																		
			通 所						円 × 回 = 円																													
			訪問施術料 1						円 × 回 = 円																													
			訪問施術料 2						円 × 回 = 円																													
			訪問施術料 3（3人～9人）						円 × 回 = 円																													
			訪問施術料 3（10人以上）						円 × 回 = 円																													
			温 電 法（加 算）						円 × 回 = 円																													
			温電法・電気光線器具（加 算）						円 × 回 = 円																													
			変形徒手矯正術（加算） ※温電法との併施は不可						同意部位 施術回数	(右 上 肢) 回		(左 上 肢) 回		(右 下 肢) 回		(左 下 肢) 回																						
									円 × 回 = 円																													
	特 別 地 域（加 算）						円 × 回 = 円																															
	往 療 料						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 訪問 1 ①		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			
	通所○ 訪問 2 ②																																					
往療◎ 訪問 3 ③																																						
○往療又は訪問の理由（ 1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他（ ） ）																																						
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																							
	様																																					
	令和 年 月 日 年 月 日 住 所																																					
	免許登録番号 あん摩マッサージ指圧師 氏 名（自署） 電話																																					
同 意 記 録	同意医師の氏名		住 所						同 意 年 月 日						傷 病 名						要加療期間																	
									令和 年 月 日																													

【注】① 傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過欄は、具体的に記載してください。
② この明細書は、あん摩マッサージ指圧師から施術を受けた場合に用います。
③ 医師の同意書と領収書（原本）を添付してください。