

診療報酬領収済明細書 (あんま・マッサージ用)

(月分、第 回)

被 保 険 者 欄	組合員番号		組合員氏名		住 所																												
	療養を受けた者の氏名		性別	生年月日		続柄																											
			男・女	昭・平・令 年 月 日																													
	発病の原因																																
	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)																																
	初療年月日		施術期間		実日数	請求区分	転 帰																										
年 月 日		自 年 月 日～至 年 月 日		日	新規・継続	継続・治ゆ・中止・転医																											
傷 病 名 及 び 症 状																																	
施 術 内 容	施 術 料	マッサージ (施術料)		同意部位	(軀幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)	摘 要																							
				施術回数	回	回	回	回	回																								
		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																									
		温罨法 (加算)		円×		回＝		円																									
		温罨法・電気光線器具 (加算)		円×		回＝		円																									
		変形徒手矯正術 (加算) ※温罨法との併施は不可		同意部位	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																									
				施術回数	回	回	回	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				円																											
施術日	訪問1①	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2②																																
往療◎	訪問3③																																
○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。 令和 年 月 日 あん摩マッサージ指圧師 住所 _____ 免許番号 (号) 氏名 _____																																
備 考																																	

1 初診の日から6カ月を超えて更に施術を受ける場合は、新たに医師の同意書の交付を受け、添付すること。