

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	組合員証記号番号		組合員氏名		住 所			
	公立鹿							
	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 内 容	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	治ゆ・中止	
	傷病名又は症状							
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹	円×	回=	円	摘 要		
		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	円×		回=	円			
	往療料 4km 超	円×		回=	円			
	施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)				円			
	合 計				円			
施術日 通院○ 往療◎	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							
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 _____ 氏名 _____ 印 _____ 免許番号 (号)							
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。