

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	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 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																													
	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 _____ 印 _____																																	
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。