

診療報酬領収済明細書(あんま・マッサージ)
(月分、第 回)

被 保 険 者 欄	組合員証記号番号		組合員氏名		住所																											
	公立京都																															
	療養を受けた者の氏名	性別	生年月日		続柄	発症の原因																										
			昭・平・令 年 月 日																													
	業務上・外、第三者行為の有無		1 業務上 2 第三者行為 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	初診年月日		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	(躯幹)	(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
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 _____ 氏名 _____ 印 _____																															
備 考																																

記入上の注意

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。