

令和 年 月分、第 回
診療報酬領収済明細書（あんま・マッサージ）

被 保 険 者 欄	組合員等記号・番号		組合員氏名		住所																											
	公立阪																															
	療養者 氏名等	(フリガナ)		発症の原因																												
	昭・平・令 年 月 日 生		性別	男・女		続柄																										
施 術 内 容 欄	初療年月日		施術期間										実日数		請求区分																	
	年 月 日		令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日										日		新規・継続																	
	傷病名											転帰																				
	又は症状											継続・治癒・中止・転医																				
	マッサージ		軀 幹	円 ×	回 =	円	備考																									
			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		右上肢	円 ×	回 =	円																										
			左上肢	円 ×	回 =	円																										
			右下肢	円 ×	回 =	円																										
			左下肢	円 ×	回 =	円																										
	温療法		円 ×		回 =	円																										
	温療法・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 ×		回 =	円																											
合 計				円																												
施術日	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
通院○	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
往療◎	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
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 所 在 地																															
	電 話 番 号																															
	施 術 所 名																															
	施術者氏名																															
免許登録番号（あんまマッサージ師） _____																																
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															