

施 術 料 金 明 細 書 (年 月 分) (あんま・マッサージ用)

被保険者欄

療養を受けた者の氏名

(フリガナ)

男・女

昭・平・令年 月 日生

○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過
○業務上・外、第三者行為の有無
☐ 公務災害（家族の場合は労働災害）でない ☐ 第三者行為でない
☐ その他（ ）※□にチェックしてください
○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 欄

初療年月日

（ ）年 月 日

傷病名及び症状

施 術 期 間

自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日

実日数

日

請 求 区 分

新 規 ・ 継 続

転 帰

継続・治癒・中止・転医

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）

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 罎 法（加 算）

円× 回＝ 円

温罎法・電気光線器具（加 算）

円× 回＝ 円

変形徒手矯正術（加算）
※温罎法との併施は不可

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

一部負担金（1割・2割・3割）

円

請 求 額

円

施術日 訪問1①

訪問2②

往療③ 訪問3③

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。
年 月 日

保健所登録区分

〒 ー

1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地

施術所 所在地

名 称

登録記号番号

施術管理者 氏 名

電 話

[注意事項]

- 1 往療を伴う施術の場合は、往療日及び往療を必要とした理由を記載してください。
2 戸以上の患者に対して引き続き往療を行った場合は、当該往療をした他方の患者の氏名及び所在地についても記載してください。
- 2 初診の日から6か月を経過した時点において、文書による再同意が必要になります。

提出先 公立学校共済組合東京支部給付貸付課短期給付担当

(令和6年10月)