

施術料金領収書 (年 月分) (マッサージ用)

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過																																				
			年 月 日																																						
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)										続 柄		○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 ())																											
明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日生										○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所と異なる場合に記載）																															
施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日		施 術 期 間																実日数		請 求 区 分																				
	() 年 月 日		自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日																日		新 規 ・ 継 続																				
	傷病名及び症状																												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)		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 電 法（加 算）										円× 回＝ 円																													
		温電法・電気光線器具（加 算）										円× 回＝ 円																													
		変形徒手矯正術（加算） ※温電法との併施は不可										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		月																																					
○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。																保健所登録区分				1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地																				
																	〒																								
	令和 年 月 日																				住 所																				
	免許登録番号																				名 称 氏 名																				
																あん摩マッサージ指圧師				® 電話																					

同意記録	同意医師の氏名	医療機関名称	医療機関所在地			
	同 意 年 月 日	年 月 日	傷 病 名	要加療期間（指示のある場合）		
				年 月 日 ～ 年 月 日 まで		