

療養費領収明細申請書 (あんま・マッサージ用)

(年 月分)

療養者	氏名		住所		
	傷病名、発症または負傷の原因及びその経過				
	発病又は負傷年月日		年	月	日

施術場所		※療養者住所と異なる場合に記入してください。																	
初療年月日		年 月 日 (新規・継続 → 継続期間:)																	
請求区分		新規・継続					転帰			継続・治癒・中止・転医									
施術期間		年 月 日 ~ 年 月 日 (実日数 日)																	
施術日		通所 : ○	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
		往療 : ◎																	
		訪問1 : ①																	
		訪問2 : ②	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
		訪問3 : ③																	
施 術 内 容 欄	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			部位										
	訪問施術料1	円 ×	回 =			円			部位										
	訪問施術料2	円 ×	回 =			円			部位										
	訪問施術料3 (3人~9人)	円 ×	回 =			円			部位										
	訪問施術料3 (10人以上)	円 ×	回 =			円			部位										
	温電法	円 ×	回 =			円			部位										
	温電法・ 電気光線器具	円 ×	回 =			円			部位										
	変形徒手矯正術 ※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							
	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																		
訪問または 往療の理由	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 ()																		
同 意 記 録	医療機関名								住 所										
	同意医師の氏名								要加療期間			同意年月日			訪問/往療の同意				
												令和 年 月 日			□有 □無				

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

あん摩マッサージ指圧師 名称

氏名

