領収施術明細書（あんま・マッサージ）

療養費支給申請書に添付してください

被保険者欄				
被保険者等		発病または負傷年月日	傷　病　名	
記号	番号	平成　・　令和 年　月　日		
療養を受けた者	フリガナ 氏名　男・女	続柄	発症または負傷の原因及びその経過	
	生年月日　昭和・平成・令和　年　月　日		業務上・業務外・第三者行為の有無 1．業務上　2．第三者行為　3．その他	

施術内容欄					
初療年月日	施術期間		実日数	請求区分	
平成・令和 年　月　日	平成・令和 年　月　日～	平成・令和 年　月　日	日	新規　・　継続	
傷病名または症状				転帰 継続・治療・中止	
マッサージ	円×	局所×	回＝　円	摘要	
	円×	局所×	回＝　円		
変形徒手矯正術	円×	肢×	回＝　円		
温罨法		円×	回＝　円		
温罨法・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		
費用額計			円		

施術日 通院○ 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

上記の通り施術を行い、その費用を徴収しました。

平成・令和　　年　　月　　日

住所

免許登録番号

＿＿＿＿＿＿＿＿ あんま・マッサージ指圧師　氏名　　㊞

電話　　－　　－

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
		平成・令和 年　月　日		

【添付書類】
- 「施術に要した費用の領収書」原本（自費診療とわかるもの、宛名は受診者氏名、領収印があるもの）
- 「保険医の施術同意書※」　（同意内容について医師に照会することがあります。）
- 「施術報告書」が交付された場合はその写しを添付。

※初療及び初療から６か月を超える請求ごとに保険医の施術同意書原本をご提出ください。
その他の月については直近の同意書のコピーをご提出ください。
（同意書の発行月以降も施術が見込まれる場合は、あらかじめコピーをとり保管しておいてください）

但し、変形徒手矯正術であって医療上一か月を超えて行う必要がある場合、上記によらず改めて同意書原本をご提出ください。

【注意事項】
- **病院等で治療中の同一傷病の療養費支給申請はできません**
- **記載内容を訂正する場合、訂正印を用いて訂正してください（修正液等の訂正は認められません）**
- **申請書及び添付書類については、返却・写しの送付等はいたしません（書類不備の場合を除く）**