

あんま・マッサージ 施術内容明細

記号	番号	被保険者氏名	受療者氏名				
初療年月日	年 月 日	請求区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続	転帰	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 転医	
施術期間	年 月 日 ~		年 月 日		日間		
傷病名			発病又は負傷の原因 及びその経過				
あんま・マッサージ師 証明欄	施術内容欄	マッサージ	躯幹	円 ×	回 =	円	
			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		円 ×	肢 ×	回 =	円	
	温電法		円 ×	回 =	円		
	温電法・電気光線器具		円 ×	回 =	円		
往療料		2 kmまで / 4 kmまで		円 ×	回 =	円	
加算		(km) / 4 km超		円 ×	回 =	円	
合計						円	
施術日	通院 <input type="radio"/>	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 <input checked="" type="radio"/>	月					
摘要欄	* 往療がある場合は、往療料の計算のわかる明細と往療を必要とする理由を記入して下さい。						

上記のとおり施術を行いました。

年 月 日

保健所登録区分 施術所所在地 出張専門施術者所在地

あんま 住所 _____ 電話 (_____)
 マッサージ指圧師 氏名 _____ ④ 施術者登録番号 _____

