

# 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 年 月 日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過																												
	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）																												
初療年月日 ( ) 年 月 日		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																												
傷病名及び症状						転 帰 継続・治癒・中止・転医																											
施 術 内 容 欄	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・電機光線器具（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																										
	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1 ㊶	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 ㊷																																
	往療 ㊸																																
○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		〒																														
	免許登録番号	あん摩マッサージ指圧師		住 所		名 称																											
				氏 名		☎ 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		