

領収(施術)明細書(あんま・マッサージ用)

療養費支給申請用(東レ健康保険組合)

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			
			年 月 日					
	療養を 受けた者 の氏名	(フリガナ)	男 ・ 女	続柄	発症又は負傷の原因及びその経過			
		年 月 日生			業務上・外、第三者行為の有無			
		1. 業務上 2. 第三者行為である 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	
	年 月 日		自・ 年 月 日～至・ 年 月 日			日	新規・継続	
	傷病名又は症状						転帰	
							継続・治癒・中止・転医	
	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		
			右下肢	円×	回＝	円		
	変形徒手矯正術		円×	肢×	回＝	円		
	温署法		円×	回＝	円			
	温羅法・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×	回＝	円			
合 計						円		
施術日 通院○ 往療◎		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						
		月						
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		
	年 日	免許登録番号		住所				
		あん摩マッサージ指圧師		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	
					年 月 日			

記入上の注意・留意事項

1. 摘要欄は、往療を必要とした理由、施術に関する特記事項等を記入して下さい。
2. 初療および6か月を超えて引き続き施術が必要な場合(再同意)、又は1ヶ月を超えて引き続き変形徒手矯正術が必要な場合(再同意)は、保険医の診療を受け同意書(文書)の交付を受ける必要があります。
3. 上記2. の再同意の際は、施術師より「施術報告書」の交付を受け、保険医の診療を受けて下さい。