

施術内容証明書（ 年 月分 ） 【あんま・マッサージ・指圧用】

あん摩・マッサージ・指圧師記入欄	被保険者証等の 記号・番号		記号	受療者の氏名										生年月日 昭・平・令 年 月 日										続柄 本人 ・ 家族																				
			番号																																									
	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・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日										日				新 規 ・ 継 続																								
		傷病名及び症状														転 帰																												
																継続・治癒・中止・転医																												
		施 術 料	マッサージ (施術料)							同意部位 施術回数	(軀幹) 回	(右上肢) 回	(左上肢) 回	(右下肢) 回	(左下肢) 回	摘 要																												
			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 施術回数	(右上肢) 回	(左上肢) 回	(右下肢) 回	(左下肢) 回																																	
							円× 回＝					円																																
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 ①		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○		訪問 2 ②																																										
往療○		訪問 3 ③		月																																								
○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。 令和 年 月 日															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 〒 ー 所在地 名称 氏 名 電話番号																							
	同意医師の氏名			住 所								同 意 年 月 日					傷 病 名					要加療期間																						
												令和 年 月 日																																
	再同意医師の氏名			住 所								同 意 年 月 日					傷 病 名					要加療期間																						
											令和 年 月 日																																	

【添付書類】 ●領収書(原本) ●医師の同意書(原本)

(初療日または医師の同意日から6か月の施術に対して有効となります。
有効期限後の施術分には医師の再同意書を添付してください。
但し、変形徒手矯正術は1か月毎に同意書が必要です。)

【注意事項】 本人からの施術希望、日常生活の疲労回復(疲れ・腰痛・肩こり)や疾病予防のマッサージ等は支給対象にはなりません。