

施術内容証明書 (年 月分) (あん摩・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		○傷病名		
			年 月 日				
	療養を 受けた者 の氏名	(フリガナ)	続柄	○発症又は負傷の原因及びその経過			
		男・女		○業務上・外、第三者行為の有無			
	昭・平・令 年 月 日生		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	年 月 日～ 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	軀 幹	円×	回=	円	摘 要	
		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×	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×	回=	円				
合 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		
	平・令 年 月 日			住 所			
				氏 名	Ⓔ		
	免許登録番号			電 話			
_____ あん摩マッサージ指圧師							
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・令 年 月 日				
			平・令 年 月 日				