

施術料金領収書

(あんま・マッサージ用)

施術を受けた者の氏名	(年 月 日生)											性別	男・女								
傷病名												発病・負傷年月日	年 月 日								
同意医師の氏名												前回同意年月日	年 月 日								
初療年月日	施術期間											実日数	請求区分	転帰							
年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日											日	新規・継続								
マッサージの同意を受けた部位・施術回数	躯幹		回		右上肢		回		左上肢		回		右下肢		回		左下肢		回		
変形徒手矯正術の同意を受けた部位・施術回数	右上肢		回		左上肢		回		右下肢		回		左下肢		回						
施術料	1回の料金(保険適用額)					施術回数					計					備考					
マッサージ料(通所)	円					回					円										
マッサージ料(訪問施術料1)	円					回					円										
マッサージ料(訪問施術料2)	円					回					円										
マッサージ料(訪問施術料3)	円					回					円										
温電法料	180円					回					円										
温電法料・電気光線器具	300円					回					円										
変形徒手矯正術	470円					回					円										
特別地域	250円					回					円										
往療料	2,300円					回					円										
施術報告書交付料(前回算定 年 月分)	480円					回					円										
合 計																	円				
施術日	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			
施術した日にいずれかを記入【通所：○ 往療： 訪問1： 訪問2： 訪問3： 】																					
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単独での外出困難 3.その他()																					
施術した場所() 保険証住所地と異なる場合に記載																					
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																					
施術者 免許登録番号 _____ 【あん摩マッサージ指圧師】 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 住 所 電話番号 施術所名称 施術者氏名																					
																	印				