

施術内容証明書（あんま・マッサージ用）令和 年 月分

施術を受けた者の氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	生年月日	昭・平 令	年	月	日
------------	--	----	----------------------------	----------------------------	------	----------	---	---	---

施術内容欄	初療年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	請求区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続	転帰	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医							
	施術期間	自： 年 月 日 ~ 至： 年 月 日				実日数	日										
	傷病名 または症状																
	マッサージ	躯幹	円 ×	回 =								摘 要					
		右上肢	円 ×	回 =													
		左上肢	円 ×	回 =													
		右下肢	円 ×	回 =													
		左下肢	円 ×	回 =													
	変形徒手矯正術	肢 ×	円 ×	回 =													
	温 罨 法		円 ×	回 =													
	温罨法・電気光線器具		円 ×	回 =													
	往療料	4 kmまで	円 ×	回 =													
		4 km超	円 ×	回 =													
	施術報告書交付料		(前回支給： 年 月分)			円											
	費用額計		円														
施術日	通院日に○ 往療日に◎																
		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10	11	12	13	14
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25		26	27	28	29	30

施術証明欄	上記の通り施術を行い、その費用を領収しました。	
	令和 年 月 日	保健所登録区分
	免許登録番号： _____	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地
	所在地：	
	施術所名：	
施術管理者名：		
電話番号：		

《申請の手順》

- この書式は暦月を単位として施術管理者へ記入を依頼してください。
- 療養費支給申請書にこの書式と費用支払いに対する領収証（原本）を添付して当健康保険組合へ提出してください。

《別途、添付書類が必要となる場合について》

- 医師の同意書が発行された月は、その同意書（原本）を添付してください
- 施術報告書が支給された場合は、その写しを添付してください。
- 往療により施術を受けている場合は、（別紙）往療状況確認表を添付してください。
- 初療から1年以上経過してなお月16回以上の施術がされる場合は、施術継続理由・状態記入書を添付してください。