

被保険者の方へ： この施術証明書は、施術を受けたあん摩・マッサージ等で記入を受けてください。
療養費支給申請書(あん摩・マッサージ用)には、この施術内容証明書と
領収書と医師による施術の同意書(※)の添付が必要です。
(※療養費支給申請書(あん摩・マッサージ用)をご確認ください)

施 術 内 容 証 明 書 （ あん摩・マッサー ジ 用 ）

【令和 年 月分】

あん摩・マッサー ジ・指 圧 師 記 入 欄	被保険者 の 記号・番号		記号		受療者 の 氏名		〔生年 昭和 月日 平成 令和 年 月 日〕		本家区分 本人・家族				
	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									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 ×	肢 ×	回 =								円
	温電法		円 ×	回 =	円								
	温電法 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 (※)		円 (前回支給： 年 月)										
	費用額計		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。 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			
		施設の所在地 あん摩 マッサージ 指圧師 名 称 氏 名 電 話 あん摩 マッサージ 指圧師 免許登録番号 ()								Ⓔ			
同 意 記 録	同意医師氏名		住所		同意年月日		傷病名		要加療期間				
					年 月 日								
	再同意医師氏名		住所		同意年月日		傷病名		要加療期間				
					年 月 日								