

療養費（あんま・マッサージ）施術証明書

※太枠線内をあんまマッサージ指圧師の方が記入してください。

受療者氏名				生年月日		昭和 平成 令和		年	月	日						
初療年月日	平成・令和	年	月	日	施術期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	実日数	日間
傷病名または症状										請求区分		新規・継続				
										転帰		治癒・中止				
施術内容欄	マッサージ		円×	局所×	回＝	円						摘要				
	変形徒手矯正術		円×	肢	×	回＝	円									
	温罨法		円×	局所×	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										
	施術報告交付料(前回支給： 年 月分)					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	上記の通り施術を行い、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. 出張専門施術者所在地							
		令和	年	月	日											
あんまマッサージ指圧師																
住所：					_____											
氏名：					電話：											
					施術者登録番号：											
同意記録	同意 保険医師		同意医師の氏名			医療機関名										
			医療機関住所													
	同意年月日	令和	年	月	日	傷病名										

- 【注意事項】**
- (1) 療養費請求書（あんま・マッサージ用）(K-003)に添付して提出してください。
* この施術証明書の内容に準じていれば、他の様式による申請も可能です。
 - (2) 往療がある場合は、往療状況確認表(K-042)を添付してください。
 - (3) 施術報告交付料の算定がある場合は、施術報告書（写）を添付してください。