

あんま・マッサージの費用を療養費（家族療養費）で請求する場合に、療養費（家族療養費）請求書〔整理番号34〕に添付する。

診療報酬領収済明細書（あんま・マッサージ用）

（ 5 月分，第 〇〇 回）

被 保 険 者 欄	組合員証記号番号		組合員氏名		住 所		
	公立鹿	2 3 4 5 6 7	共済 太郎		鹿児島市共済町 2-2		
	療養を受けた者の氏名		性別	生年月日		続柄	
	共済 太郎		男・女	昭・平・令 〇〇年 ● 月 〇 日		本人	
	発病の原因		脳梗塞				
	業務上・外，第三者行為の有無		1 業務上 2 第三者行為である 3 その他				
施 術 内 容	初療年月日	施術期間		実日数	請求区分	転 帰	
	〇年 7 月 10 日	自 ●年 5 月 1 日～至●年 5 月 31 日		3 日	新規・継続	治ゆ・中止	
	傷病名又は症状						
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹	260 円×	3 回＝	780 円	摘 要	
		右上肢	260 円×	3 回＝	780 円		
		左上肢	260 円×	3 回＝	780 円		
		右下肢	260 円×	3 回＝	780 円		
	変形徒手矯	添付書類：医師が交付した「同意書（あん摩マッサージ指圧療養費用）」または「診断書（あん摩マッサージ指圧療養費用）」 各様式は厚生労働省HPから取得できます。 ・一の同意書（診断書）により療養費が支給可能な期間は6か月 （変形徒手矯正術は1か月） ・支給可能期間終了後に更に施術を受ける場合は再度，医師の診察を受け交付を受けた同意書の添付が必要。 【短期給付に係る事務手続きの変更について（通知）平成31年3月13日付け公共鹿第1037号】					
	温 罨						
	温罨法・電気光						
往療料 4 km 超	「施術報告書」は医師の再同意を受ける場合に， 施術者が医師に提供する。		円				
施術報告書交付料 （前回支給： 年 月分）			円				
合 計		2,340 円					
施術日 通院○ 往療◎	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 5 月 31 日 あん摩マッサージ指圧師 住所 鹿児島市共済町 7-7 氏名 桜島 二郎 免許番号（1 2 3 4 号）						
備 考							

1 初診の日から6か月を超えて更に施術を受ける場合は，新たに医師の同意書の交付を受け，添付すること。