

施術内容証明書（あんま・マッサージ・指圧用）

トヨタ販売連合健康保険組合理事長 殿

被保険者証の記号番号		施術月				
—		平成	年 月分（暦月ごと）			
受療者の氏名		生 年 月 日				
		昭 和 平 成	年 月 日			
施 術 内 容 欄	初療年月日	施 術 期 間		実日数	請求区分	
	平成 年 月 日	自：平成 年 月 日 至：平成 年 月 日 ～		日	新規・継続	
	傷 病 名			転帰	治癒・中止	
	マッサージ	軀 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	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 (km)	円×	回 =	円			
合 計		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、その費用を徴収しました。					
	平成 年 月 日 住所 あんま マッサージ 指圧師 施術所名 氏名 免許登録番号 () (電話番号) ㊟					
同 意 記 録	同意医師の 氏名	同意日	年 月 日	要加療 期 間		
	住所	傷病名				

1. あんまマッサージ指圧師が記入してください。
2. 施術内容欄は保険分のみを記入してください。
3. 「摘要欄」は往療を必要とした理由、施術に関する特記事項を記入してください。
4. 同意書については、医師の同意日から6ヵ月の施術に対し有効となります。有効期限後の施術分は医師の再同意書を添付してください。