

マッサージ用施術内容申立書

受診者氏名

印

施術内容	初療年月日		施術期間		実日数																											
	平成 年 月 日		平成 年 月 日～平成 年 月 日		日																											
	傷病名又は症状																															
	マ ッ サ ー ジ		円×	局所×	回=	円																										
	変形徒手矯正術		円×	肢×	回=	円																										
	温 罨 法		円×		回=	円																										
	温罨法・電気光線器具		円×		回=	円																										
	往 療 料 加算 (km)		円×		回=	円																										
			円×		回=	円																										
合 計						円																										
施 術 日	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
	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
	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
	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
	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
	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

施術を受けた日に○印を付けて下さい。

倉庫業健康保険組合