

機関コード 522.038.9

公 費 負 担 者 番 号								特記事項	1 社 国 3 後高 2 本 外 4 退職 4 公費 6 家外 0 高外7		給付割合						
公 費 受 給 者 番 号									8	9	10						
区 市 町 村 番 号									種類 04 マ								
受 給 者 番 号									保 険 者 番 号		3	9	1	3	1	1	1

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過	
	31245822		不詳 年 月 日		傷病名欄と同じ、急性心不全（H29） / 不詳/経過観察中	
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ) ホケン サブロウ		続 柄	○業務上・外、第三者行為の有無	
		保険 三郎 男 女		本人	(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 (不詳))	
明・大・昭 平・令 15年 2月22日生		○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所と異なる場合に記載）			川崎市川崎区宮本町1-1 介護付有料老人ホーム みらいを暮らし川崎304号室	

施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日		施 術 期 間																	実日数		請 求 区 分											
	(令和) 2年 7月10日		自・令和 6年10月 1日～至・令和 6年10月 31日																	13日		新 規 ・ 継 続											
	傷病名及び症状		【傷病名】高血圧症、糖尿病、アルツハイマー型認知症、ぶどう膜炎、アレルギー性気管支肺アステルギルス症【症状】摘要欄参照																				転 帰										
																							(継続・治癒・中止・転医)										
	マッサージ (施術料)		同意部位	(軀幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)	【症状】 筋麻痺：軀幹、右上肢、左上肢、右下肢、左下肢 関節拘縮：右肩、右肘、右手首、左肩、左肘、左手首、右股関節、右膝関節。右足首 その他：慢性腰部痛 【施術者名】 鈴木浩二 2, 9, 16, 21, 28 佐藤勉 4, 11, 18, 25 田中徹 2, 9, 14, 21, 28																								
	施術回数	13回	13回	13回	13回	13回																											
	通所	円× 回＝					円																										
	訪問施術料 1	4,550 円× 4 回＝					18,200 円																										
	訪問施術料 2	3,400 円× 5 回＝					17,000 円																										
	訪問施術料 3 (3人～9人)	2,710 円× 4 回＝					10,840 円																										
訪問施術料 3 (10人以上)		円× 回＝					円	被保険者傷病に付き署名困難なため施術者にて記名の上、本人捺印																									
温 罨 法 (加 算)		円× 回＝					円																										
温罨法・電気光線器具 (加 算)		300円× 13回＝					3,600円																										
変形徒手矯正術 (加算) ※温罨法との併施は不可		同意部位	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																											
		施術回数	13回	13回	13回	13回																											
		470円× 52回＝					24,440円																										
特 別 地 域 (加 算)		円× 回＝					円																										
往 療 料		円× 回＝					円																										
施術報告書交付料 (前回支給：令和6年 9月分)		480円× 1回＝					480円																										
合 計							74,560円																										
一部負担金 (1割・2割・3割)							7,456円																										
請 求 額							67,104円																										
施術日	訪問1①	10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
通所○	訪問2②			②		③			①		②	③			①		②	③			①		②		③			①		②			
往療◎	訪問3③																																
○往療又は訪問の理由 (1.) 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他 ())																																	

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。 療養費の受療を下記の代理人に委任します。		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	
	令和 6年 10月 31日	施術所	所在地	〒 211-0015 神奈川県川崎市中原区小杉町2-3	
	登録記号番号		名 称	ぜんしん治療院	
	14002578-0-0	施術管理者	氏 名	阿部聡	電話 044-982-1467

申請欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。		〒	210-0004	
	令和	6年 10月 31日	申請者 (被保険者)	住所	東京都文京区春日3丁目2-1
	東京都後期高齢者医療広域連合 殿		氏名	保険 三郎	電話 044-211-4573

支払機 関欄	支払区分			預金の種類		金融機関名										
	1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払			1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段		花菱 銀行 本店 金庫 支店 農協 横浜 出張所										
	口座名義 カタカナで記入		カナガワケンシキユウマッサージカイ				口座番号		1	2	3	4	5	6	7	8

同意記録	同意医師の氏名	住 所	同 意 年 月 日	傷 病 名	要加療期間
	同意 伊四郎	川崎市幸区幸町2-6	令和 6年10月 1日	高血圧症、糖尿病、アルツハイマー型認知症、びどう膜炎、アレルギー性気管支肺アスペルギルス症	

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		令和 6年 10月 31日	
申請者	住所 東京都文京区春日3丁目2-1	代理人	住所 神奈川県横浜市中区宮川町2丁目55 ルリ工横浜宮川町304
(被保険者)	氏名 保険 三郎		氏名 (一社) 神奈川県鍼灸マッサージ師会保険局 局長 角田敏男

※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程（平成30年6月12日保発0612第2号通知）に従い行われるものです。

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に署名してください。

※ ただし、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施術管理者等が代理記入をし当該患者から押印を受けてください。

益社団法人 全日本鍼灸マツサージ師会 会員用（会員外の使用を禁じます）