

療養費支給申請書（令和6年10月分）（あんま・マッサージ用）

機関コード 522. 038. 9

公費負担者番号							特記事項	1 社団	3 後高	2 本外	8 高外一	給付割合				
公費受給者番号								2 公費	4 退職	6 家外	0 高外7					
区市町村番号								種類	04 マ					8	9	10
受給者番号							保険者番号	3	9	1	3	1	1	1	1	1

被 保 險 者 欄	○被保険者証等の記号番号 31245822			○発病又は負傷年月日 不詳 年 月 日			○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過 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 保険 三郎	(フリガナ) ホケン サブロウ			性別 男 女	統 柄 本人	○業務上・外、第三者行為の有無 (1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 (不詳))																												
							○施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保険証住所地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 みらいを暮らす里川崎304号室																												
		明・大・昭 平・令 15年 2月22日生																																	
施 術 内 容 欄	初療年月日 (令和) 2年 7月10日			施術期間 自・令和 6年10月 1日～至・令和 6年10月 31日							実日数 13日			請求区分 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ベルギルス症【症状】摘要欄参照													転帰 継続・治癒・中止・転医																					
	施術料	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)					摘要																				
					施術回数	13回	13回	13回	13回																										
		通所			円 × 回 = 円							【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																							
		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																														
		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																											
	特 別 地 域 (加算)			470 円 × 52回 = 24,440 円							【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																								
	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																																			
一部負担金 (1割・2割・3割)										74,560 円																									
請 求 額										7,456 円																									
										67,104 円																									
施術日	訪問 1 ①	訪問 2 ②	訪問 3 ③	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 1 ①	10月																																	
往療○	訪問 2 ②		②		③		①		②		③		①		②		③		①		②		③		①		②		③		①		②		

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

音にて語音の空、半天、拂拂

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。 療養費の受領を下記の代理人に委任します。 令和 6年 10月 31日				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	
	登録記号番号 14002578-0-0		施術所	〒 211-0015 所在地 神奈川県川崎市中原区小杉町2-3 名 称 せんしん治療院 氏 名 阿部聰			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。 令和 6年 10月 31日				施術管理者	〒 210-0004 申請者 (被保険者) 東京都後期高齢者医療広域連合 殿 住所 東京都文京区春日3丁目2-1 氏名 保険 三郎 電話 044-211-4573	
	支 払 機 関 欄		支払区分 1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払 預金の種類 1. 普通 3. 通知 2. 当座 4. 別段	金融機関名 花菱	銀行 金庫 農協	本店 横浜 支店 出張所	
同意記録		口座名義 カタカナで記入	カナガワケンシンキュウマッサージカイ	口座番号 1 2 3 4 5 6 7 8	傷病名 高血圧症、糖尿病、アルツハイマー型認知症、ふどう腺炎、アレルギー性気管支肺アスペルギルス症	要加療期間	
同意記録		同意医師の氏名 同意 伊四郎	住 所 川崎市幸区幸町2-6	同意年月日 令和 6年 10月 1日			

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 神奈川県横浜市港北区港北本町1-1-1

（上接第 10 页）

氏名 (一社) 神奈川県鍼灸マッサージ師会保険局

※ 二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日保登0612第2号通知）に従い行われるものとす。

この約15支の支拂の代理への任せは、支拂安室の取扱規程（平成30年6月12日併案0612第2号通知）に依り行われる。専金会に開設する委員会を代理して、委任する（由表者名義以外の口座に振込を委託される）場合に署名してください。

たがいに、当該業者に付属する受取人を含む場合は、当該業者が一才することができないやうな場合は、理由がある場合には、施設管理

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した場合は代理記入をし、当該患者から押印を受けてください。