

療養費支給申請書 (6年 10月分) (はり・きゅう用)

(別紙2)

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	4 六外 0 高外7	8 9 10
区市町村番号			種類 05 鍼灸		
受給者番号		保険者番号	3 9 1 4 1 3 3 8		

被保険者欄	○被保険者証等の記号番号	20368888	○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	腰痛症
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ) カナガワ タロウ 神奈川 太郎	性別	男	続柄	本人
		明・大・昭・平・令 12年 1月 1日生			○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 (不明))

初療年月日	令和 3年 5月 12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	9日	請求区分	新規・継続
傷病名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()					転帰	継続・治癒・中止・転医

施術内容欄	初検料 (1はり 2きゅう 3はりきゅう併用)	はり・きゅう	施術の種類	1術 4回	2術 5回	円	摘要 【往療の連携医師】 真鶴幸太郎医師 令和6年10月29日電話報告
	通所	1,610円×4回=6,440円					
	訪問施術料 1	1,770円×5回=8,850円					
	訪問施術料 2						
	訪問施術料 3 (3人～9人)						
	訪問施術料 3 (10人以上)						
	電療料 (加算 / 1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具)						
	特別地域 (加算)	250円×1回=250円					
	往療料	2,300円×1回=2,300円					
	合計	17,840円					

一部負担金 (1割・2割・3割)	1,784円	請求額	16,059円																													
施術日	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

○往療又は訪問の理由 (1. 徒歩による公共交通機関を便するの外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより徒歩による外出困難 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。 令和 6年 10月 31日 登録記号番号 14002555-0-0	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
	〒 250-0042 所在地 神奈川県小田原市荻窪350-1 名称 神奈鍼灸マッサージ院 氏名 神奈 花子 電話 0465-32-0000	施術管理者	

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 神奈川県後期高齢者医療広域連合 殿	申請者 (被保険者)	住所 神奈川県足柄下郡真鶴町岩244-1 氏名 神奈川 太郎 電話 0465-68-1131
-----	---	------------	---

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 2. 当座 3. 通知 4. 別段	金融機関名 花菱 銀行 金庫 農協 横浜 本店 支店 出張所
	口座名義 カタカナで記入 カナガワケンシンキョウマッサージシカイ	口座番号 1 2 3 4 5 6 7 8	郵便局

同意記録	同意医師の氏名 真鶴 幸太郎	住所 神奈川県足柄下郡真鶴町岩244-1	同意年月日 令和 6年9月12日	傷病名 腰痛症	要加療期間
------	----------------	----------------------	------------------	---------	-------

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 神奈川県足柄下郡真鶴町岩244-1	代理人 住所 神奈川県横浜市中央区宮川町2丁目55 ルリ工機浜宮川町304	
(被保険者) 氏名 神奈川 太郎	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。