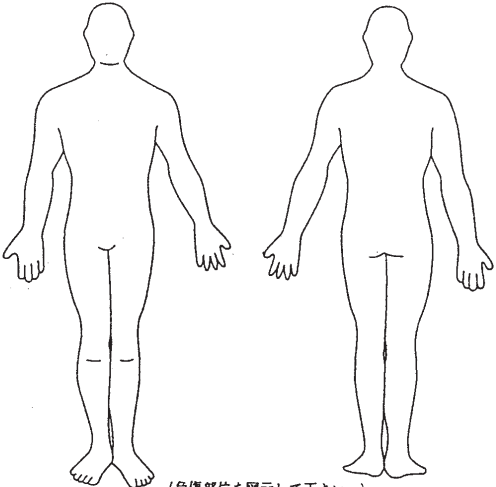


(保険会社使用欄)

自動車損害賠償責任保険

柔道整復師用 施術証明書・施術費明細書

施術の種類	健保・国保1	労災2	自由3	その他4	負傷起因	業務上	業務外
被保険者証の番号・記号					保険者名		
住所	患者氏名						
氏名	男・女		明・大・昭・平	年	月	日生	(才)
初検年月日	平成	年	月	日	時頃	負傷年月日	年 月 日
施術期間			施術実日数	通院実日数	転帰		
自	平成	年	月	日		治癒	継続
至	平成	年	月	日	日間	日	中止
負傷名及び部位		施術開始日	年 月 日	施術終了日	年 月 日	転帰	
①		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	治癒・継続・中止	
②		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	治癒・継続・中止	
③		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	治癒・継続・中止	
④		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	治癒・継続・中止	
負傷の経過 (指導管理料を請求する場合には指導内容も略記して下さい。)							
				(負傷部位を図示して下さい。)			
初検時・既往症、既存傷害 なし・あり ()							
固定期間	(固定)	自	平成	年	月	日	固定具の種類
	(除去)	至	平成	年	月	日	()

施術内容		金額	施術内容	金額																												
初検料	(時間外・深夜・休日 円)		電療料	①																												
再検料	円× 回			②																												
指導管理料	円× 回			③																												
往療料	距離(片道) km 円× 回			④																												
小計			小計																													
整初 復回 固処 定置	①		あ ん 法 料	①																												
	②			②																												
	③			③																												
	④			④																												
小計			小計																													
特別材料料	円× 部位		そ の 他																													
	円× 部位																															
小計			小計																													
小計			施術証明書・施術費明細書料																													
後 療 料	①		合計																													
	②		社会保険への請求額																													
	③		患者負担	%																												
	④		一部負担金																													
包帯交換料	単価 円 回数① ② ③ ④ 回		給付対象外																													
小計			計																													
請求 受領	に請求中 施術料¥ を 殿 から受領済 請求中または受領済の何れかを抹消し、消印して下さい。																															
通院日			通院の場合は必ず通院日に○印をつけて下さい。(往療は△印を)			合計																										
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	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	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	日

上記の通り証明いたします。 平成 年 月 日

所在地
電話番号
名称
柔道整復師氏名

印