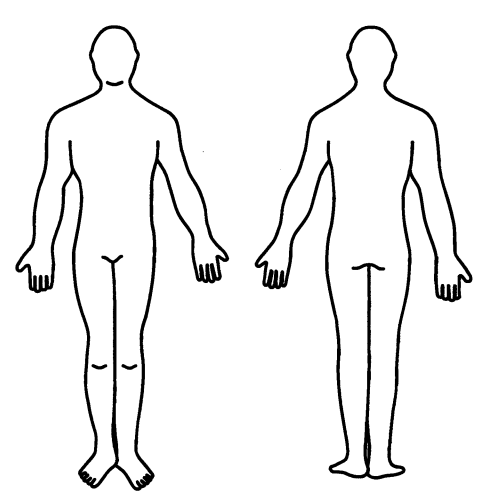


(保険会社使用欄)

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(才)							
初 検 年 月 日	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 年 月 日	年 月 日		日間	日	日	治 癒	継 続
至 年 月 日	年 月 日		日間	日	日	治 癒	中 止
負 傷 名 及 び 部 位		施術開始日		施術終了日		転 帰	
①		年 月 日		年 月 日		治癒・継続・中止	
②		年 月 日		年 月 日		治癒・継続・中止	
③		年 月 日		年 月 日		治癒・継続・中止	
④		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。) 							
初検時・既往症、既存傷害 なし・あり ()							
固定期間	(固定) 自	年	月	日	固定具の種類		
	(除去) 至	年	月	日	日間	()	

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			④																											
	円× 回			小 計																											
小 計			あ ん 法 料	①																											
整 初	①			②																											
	②			③																											
	③			④																											
	④			小 計																											
特別材料料	円× 部位		そ の 他																												
	円× 部位																														
小 計			施術証明書・施術費明細書																												
後 療 料	①		合 計																												
	②		社会保険への請求額																												
	③		患 者 負 担	患 者 負 担 %																											
	④			一部負担金																											
包帯交換料	単価 円		負 担	給付対象外																											
	回数 ① ② ③ ④																														
小 計			計																												
請求 受領	別 施術料 ￥ を 殿 に請求中 から受領済 [請求中または受領済の何れかを末梢し、消印をして下さい。]																														
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)																															
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
	合計 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
	合計 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
	合計 日																														

上記のとおり証明いたします。

年 月 日

所 在 地

電 話 番 号

名 称