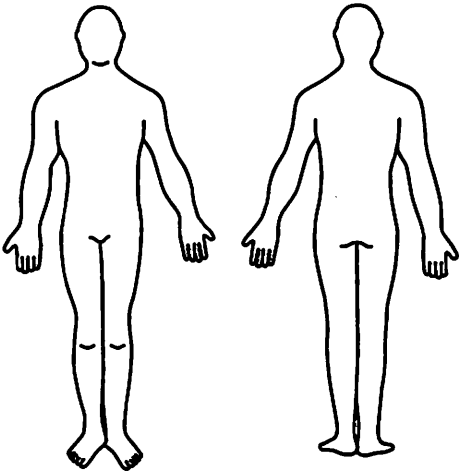


(保険会社使用欄)

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	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	転	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
②		年	月	日	年	月	日
③		年	月	日	年	月	日
④		年	月	日	年	月	日
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)	自平成	年	月	日	固定具の種類	
	(除去)	至平成	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)		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			①																												
整初 復回 固処 定置	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																												
小計			合計																												
小計			社会保険への請求額																												
後療料	①		患者負担	%																											
	②		一部負担金																												
	③		給付対象外																												
	④		負担																												
包帯交換料	単価 円 回数 ① ② ③ ④		計																												
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未消し、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)																															
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																														
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																														
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																														

上記のとおり証明いたします。 平成 年 月 日
所在地
電話番号
名称