

## (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 繼 転 中  
至平成 年 月 日 日間 療 続 医 止

負傷名及び部位 施術開始日 施術終了日 転帰

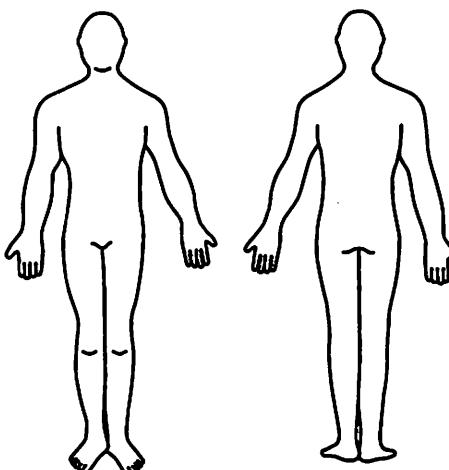
① 年 月 日 年 月 日 治療・継続・中止

② 年 月 日 年 月 日 治療・継続・中止

③ 年 月 日 年 月 日 治療・継続・中止

④ 年 月 日 年 月 日 治療・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 ② ③ ④	電療料	①	
再検料	円×回		指導管理料	②	
	円×回			③	
往療料	距離(片道) km			④	
	円×回			小計	
		小計	①		
整初	①		②		
復回	②		③		
固処	③		④		
定置	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	患者負担 %	
	④		者	一部負担金	
包帯交換料	単価 回数 ① ② ③ ④	円	負担	給付対象外	
				計	
請求 別 受領	施術料 ￥	を	に請求中		
			殿		
			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。 平成 年 月 日

所 在 地

電 話 番 号

名 称