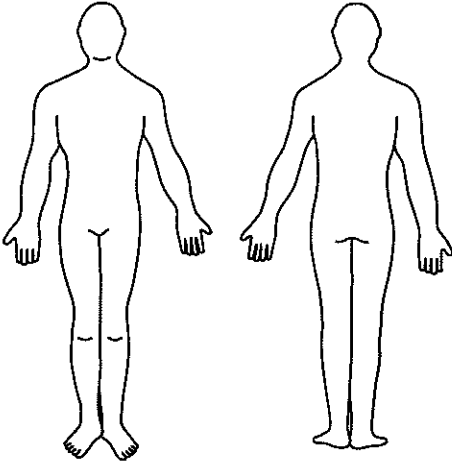


(保険会社使用欄)


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							
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			治	繼
至	年	月	日	日間	日	癒	続
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 復回 固処 定置	①			②																											
	②			③																											
	③			④																											
小計			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未梢し、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