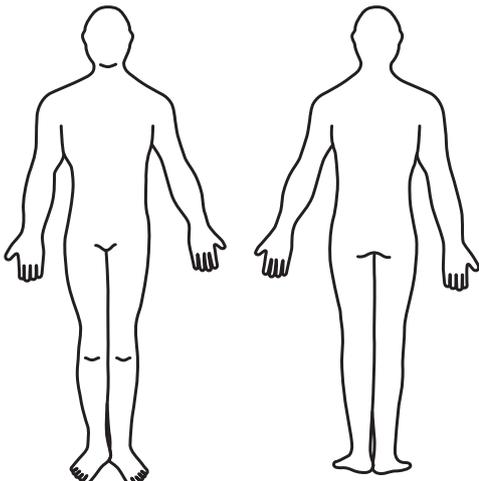


(保険会社使用欄)

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		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)		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
復回	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	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