（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		

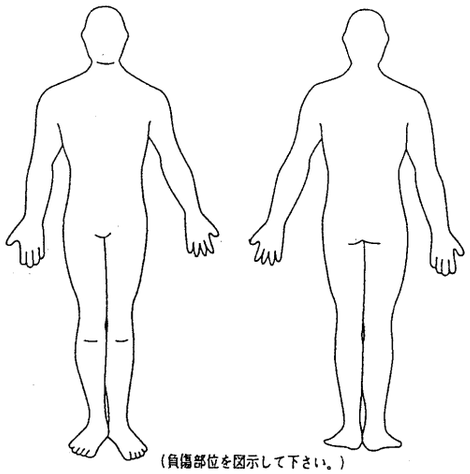
患者氏名　住所
氏名　男・女　明・大・昭・平　年　月　日生（　才）

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 至　平成　年　月　日　日間	日	日	治癒・継続・転医・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。）



（負傷部位を図示して下さい。）

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
初検料	(時間外・深夜・休日　円)	
再検料	円×　回	
指導管理料	円×　回	
往療料	距離（片道）　km 円×　回	
小計		
整初復回固処定置	①	
	②	
	③	
	④	
特別材料料	円×　部位 円×	
小計		
後療料	単価×回数 ①	
	②	
	③	
	④	
包帯交換料	単価　円 回数①　②　③　④　回	
小計		

施術内容		金額
電療料	単価×回数 ①	
	②	
	③	
	④	
	小計	
あん法料	単価×回数 ①	
	②	
	③	
	④	
	小計	
その他		
施術証明書・施術費明細書料		
合計		
社会保険への請求額		
患者負担	患者負担　%	
	一部負担金	
	給付対象外	
計		

請求別受領　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抹消し、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）		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	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	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	日

上記の通り証明いたします。　年　月　日

所在地

電話番号

名称

柔道整復師氏名　印