（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 | 治療 | 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 | | | | | | |
|  | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | 治癒・継続・中止 | | | | | | |
|  | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | 治癒・継続・中止 | | | | | | |
|  | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | 治癒・継続・中止 | | | | | | |
|  | | | | | | | 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 | | | | 施 術 内 容 | | | | | | | 金　　額 | | | | |
| 単価×回数 | | | | | | |
| 初 検 料 | | | | (時間外・深夜・休日　　　円) | | | |  | | | | 電　療　料 |  | | | | | |  | | | | |
| 再 検 量 | | | | 円 ×　　　　回 | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |
| 指導管理料 | | | | 円 ×　　　　回 | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |
| 往 療 料 | | | | 距離（片道）　　　　 　㎞ | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |
| 円 ×　　　　回 | | | |  | | | | 単価×回数　　　　　 小計 | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | あ　ん　法　料 |  | | | | | |  | | | | |
| 小計 | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |
| 整初復回固処定置 | |  | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | |  | | | | 小計 | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | |  | | | | その他 |  | | | | | |  | | | | |
| 特別材料料 | | | | 円 ×　　　部位 | | | |  | | | |
| 円 ×　　　部位 | | | |  | | | |
|  | | | | | | | |  | | | |
| 単価×回数　　　　　　　　　　小計 | | | | | | | |  | | | | 施術証明書・施術費明細書料 | | | | | | |  | | | | |
| 後療料 |  | | | | | | |  | | | | 合　　計 | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | 社会保険への請求額 | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | 患者負担 | 患者負担　　　　％ | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | 一部負担金 | | | | | |  | | | | |
| 包帯交換料 | | | | 単価　　　　　　　　円 | | | |  | | | | 給付対象外 | | | | | |  | | | | |
| 回数 ① ② ③ ④ 回 | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |
| 小計 | | | | | | | |  | | | | 計 | | | | | | |  | | | | |
| 請求  別  受領 | | に請求中  施術料￥　　　　　　　　　　　を　　　　　　殿　　　　　　　　　請求中または受領済の何れか  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　から受領済　　　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〇印をつけて下さい。（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。　　　　平成　　　年　　　月　　　日

所　　在　　地

電　話　番　号

名　　　　　称

柔道整復師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印