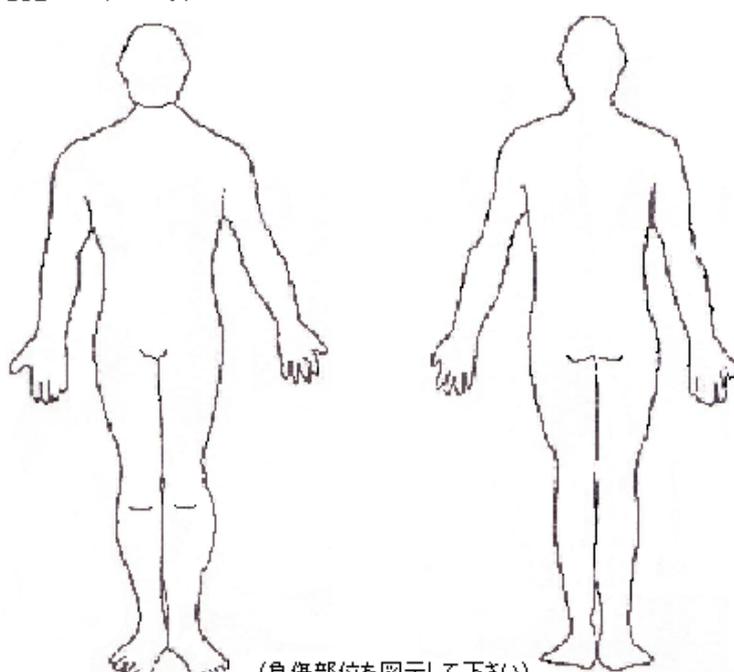


自動車損害賠償責任保険
施術証明書・施術費明細書

(保険会社使用欄)

柔道整復用

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	
被保険者の番号・記号					保険者名			
患者氏名	〒142 -0063 住所 東京都品川区荏原5-8-7 氏名 自賠 長期 (男)女 明・大(昭)平 49年 6月 11日生 (38才)							
初検年月日	平成 25年 1月 1日 時頃			負傷年月日	25年 1月 1日 午後12時00分			
施術期間			施術実日数	通院実日数	転帰			
自 平成 25年 4月 1日			15日	15日	治癒	<input checked="" type="radio"/> 継続	転帰	
至 平成 25年 4月 19日 19日間					中止			
負傷名及び部位			施術開始日	施術終了日	転 帰			
① 頸部捻挫			25年 1月 1日	25年 4月 19日	治癒・ <input checked="" type="radio"/> 継続・中止			
② 右肩関節捻挫			25年 1月 1日	25年 4月 19日	治癒・ <input checked="" type="radio"/> 継続・中止			
③ 腰部捻挫			25年 1月 1日	25年 4月 19日	治癒・ <input checked="" type="radio"/> 継続・中止			
④			年 月 日	年 月 日	治癒・継続・中止			
⑤			年 月 日	年 月 日	治癒・継続・中止			
⑥			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。) <div style="text-align: center;">  <p>(負傷部位を図示して下さい)</p> </div>								
初検時・既往症・既存障害 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	① 660 × 回数 15		9,900																																												
再検料	350 円 × 回				② 660 × 15		9,900																																												
指導管理料	820 円 × 3 回	2,460			③ 660 × 15		9,900																																												
往療料	距離 (片道) km				④																																														
	円 × 回				⑤																																														
小計			円			小計		29,700 円																																											
整復 回復 固処 定置	①			あん 法料	① 120 × 回数 15		1,800																																												
	②				② 120 × 15		1,800																																												
	③				③ 120 × 15		1,800																																												
	④				④																																														
	⑤				⑤																																														
	⑥				⑥																																														
特別材料		円 × 部位		その他	小計		5,400 円																																												
		円 × 部位																																																	
運動療法料	410 円 × 3	1,230		施術証明書・施術費明細書料			円 5,000 × 1回 5,000円																																												
小計		1,230 円		合計																																															
後療料	① 730 × 回数 15		10,950	社会保険への請求額																																															
	② 730 × 15		10,950	患者負担	%																																														
	③ 730 × 15		10,950		一部負担金																																														
	④				給付対象外																																														
	⑤																																																		
	⑥																																																		
包帯交換料	単価 円 回数① ② ③ ④ ⑤ ⑥			計			76,640 円																																												
小計		32,850 円																																																	
請求 受領	別 施術料 ¥ 76,640 を 自賠 長期 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																																												
4 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	㉜	㉝	㉞	㉟	㊱	㊲	㊳	㊴	㊵	㊶	㊷	㊸	㊹	㊺	㊻	㊼	㊽	㊾	㊿	15 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																			

取 引 銀 行	
	当座 普通 No.
	フリ ガナ
	口座 名義

上記の通り証明いたします。

平成 25 年 4 月 19 日

所在地 東京都豊島区池袋 2-24-4

電話番号 03-5396-5861

名称 ミニッツ整骨院

柔道整復氏名 田中 太郎

