

施術証明書 柔道整復師用

被 害 者 名	住 所	(〒) (TEL)			
	氏 名			性別	年齢
受傷年月日	年 月 日	受傷	傷 病 名		
受傷場所					
初診年月日	年 月 日	初診			
治療の経過 (できるだけ詳細ご記入ください)			通院期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日間
			治ゆ年月日	年 月 日 治ゆ (治療中の場合は○印を付けてください) 治療中	
通院日数・診療金額・自己負担額					
△		通院日数	診療金額	自己負担額	
月		日	円	円	
月		日	円	円	
月		日	円	円	
月		日	円	円	
月		日	円	円	
月		日	円	円	
月		日	円	円	
月		日	円	円	
合計		日	円	円	

(注1) 傷病名が既往症の場合は、見舞金支給の対象とならない場合があります。

(注2) 通院した日が5日(1日～5日)以内の事故は、本様式が不要です。

上記のとおり証明いたします。

年 月 日

住 所

整骨院名

柔道整復師名

電話番号

()

印