

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 (できるだけ詳細にご記入ください)			通院期間	自 年 月 日 日間		
				至 年 月 日		
			治癒年月日	年 月 日 治癒 (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				
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