

施 術 証 明 書

(大東市交通災害共済用)

傷 者	住所 大東市										
	氏名	男 明・大 女 昭・平・令	年	月	日生 (才)					
受傷年月日	年 月 日	受傷原因	交 通 事 故 に よ る								
傷 病 名											
(初診時の症状)											
(現在の症状)											
同意医師名	所在地	電 話									
	名 称										
	医師名	Ⓜ									
治療実日数 日 年 月 日から 年 月 日まで								を要する を要した	年 月 日 治療継続中 治ゆ見込み 治ゆした 中 止		
通院内訳(治療のため、通院した日を○で囲んでください。)											
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											
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											
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											
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											
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											
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											
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											
上記のとおり施術したことを証明します。 年 月 日 所在地 名 称 (士・師) 氏 名 Ⓜ 電 話											

理学療法士、作業療法士、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師(以下「理学療法士等」といいます。)の証明書を提出される場合は、次のことにご注意願います。

①理学療法士等の施術のみを受け、その施術に係る証明書を提出される場合、実治療に係る日数にかかわらず30日未満の日数とみなします。

②医師の診断書と理学療法士等の証明書を提出される場合で、それぞれの実治療に係る日の合計が30日以上ときは、理学療法士等の証明書には、医師の同意が必要となります。