

自賠責保険施術報告書

公益社団法人 山梨県柔道整復師会

平成 年 月 請求分

会員氏名 ()

請求先損保会社

担当者名

1 _____ ()

日より 日迄 実日数 (日間)

部位数 (部位) 保険種別 (協・組・共・国・後・生)

自賠責保険施術録作成・記載 有 ・ 無

請求先損保会社

担当者名

2 _____ ()

日より 日迄 実日数 (日間)

部位数 (部位) 保険種別 (協・組・共・国・後・生)

自賠責保険施術録作成・記載 有 ・ 無

請求先損保会社

担当者名

3 _____ ()

日より 日迄 実日数 (日間)

部位数 (部位) 保険種別 (協・組・共・国・後・生)

自賠責保険施術録作成・記載 有 ・ 無

請求先損保会社

担当者名

4 _____ ()

日より 日迄 実日数 (日間)

部位数 (部位) 保険種別 (協・組・共・国・後・生)

自賠責保険施術録作成・記載 有 ・ 無

請求先損保会社

担当者名

5 _____ ()

日より 日迄 実日数 (日間)

部位数 (部位) 保険種別 (協・組・共・国・後・生)

自賠責保険施術録作成・記載 有 ・ 無

※ 毎月請求後、10日締め申請書(一般保険施術申請書)と同封し
山梨県柔道整復師会事務所に送付して下さい。