

受診された「施術所」毎に『申告書』を分けて保護者（PTA会員）により作成願います。


様式－6 施術所（接骨院・整骨院）

一般社団法人岩手県PTA連合会会長 様

下記の申告内容につき、担当柔道整復師または施術所が「傷病名・治療内容」等を貴会に説明することに同意します。なお貴会の照会に対し、担当柔道整復師または施術所から回答を得られない場合は、施術証明書を提出します。また、貴会から直接、施術所に施術証明書の提出を求めることに対しても同意します。

申告書兼 施術内容照会同意書

「共済金請求書」に記載の「共済金請求者」様氏名をご記入ください。

申告日	20 年 月 日
受傷者氏名	保護者氏名 (PTA会員) 
施術所名	電話番号 ()
負傷名	※受傷部位も明記願います。

施術期間	20 年 月 日から	施術記録 (施術)した日を○で囲んで下さい)																計	日	
	20 年 月 日まで	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16			
うち実際に施術した日数	(日間)	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日		
	(日)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日	
結果	治癒	転医	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日
	継続中	中止	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	
	20 年 月 日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日	

Q1. 「平常の生活に支障がない程度に傷害がなおった時」は、何月何日頃でしょうか。
(子どもの場合は、体育の授業や部活動に出られる状態)

20 年 月 日 頃

補足説明 _____

Q2. この度の施術について医師の同意はありましたか。

無、有でご回答いただき、有の場合は、医療機関名、書面又は口頭であるかをご記入願います。

- 無
- 有 ⇒ 医療機関名 _____
 - 書面による同意
 - 口頭による同意 ⇒ 医師と直接やりとり
 - 患者（保護者）からの報告
 - その他 ()

Q3. この度の施術は保険診療で行っていますか。

- 保険診療
- 自費診療
- その他 _____

事務局使用欄

※180日⇒ / /

接骨院・整骨院

を受診した際にご利用ください。

「共済金請求書」と同じ印を「捺印」ください。

保護者記入欄