富国生命保険相互会社　行

医療機関証明用

【特定損傷】治療証明書

お願い　訂正の場合、必ず証明印を押印のうえ、訂正してください。

↑枠内に、記述・押印をしないでください。

氏 名	カルテ番号 （　　）	男 女	生年月日	昭和　平成　令和 年　月　日
ア．傷病名	（ICD-10　　）		イ．部位	
上記傷病において該当するものを☑してください。			損傷発生年月日 いずれかを☑してください。	
１．骨折	□外傷性　□病的骨折　□特発骨折　□疲労骨折		□　医師推定 □　患者申告 年　月　日	
２．関節脱臼	□外傷性　□先天性脱臼　□病的脱臼　□反復性脱臼			
３．腱の断裂	□外傷性　□その他			
ウ．初診日	年　月　日	エ．治療期間	年　月　日～　年　月　日	
オ．前医または紹介医	□有 □無	医師氏名	医療機関名 その所在地	

上記のとおり証明します。　　年　月　日

病院または診療所の

所在地

名　称

医師氏名　　印

[【特定損傷】治療証明書のご記入にあたって]

1. 特定損傷とは不慮の事故を原因として、以下の状態に該当した場合をいいます。

○骨折 ……「骨折」とは、骨の構造上の連続性が完全または不完全に途絶えた状態をいいます。ただし、病的骨折、特発骨折および疲労骨折は除きます。

○関節脱臼・・・「関節脱臼」とは、関節を構成する骨が、正常な解剖学的位置関係から偏位した状態をいいます。ただし、先天性脱臼、病的脱臼、および反復性脱臼を除きます。

○腱の断裂・・・「腱の断裂」とは、腱の連続性が完全または不完全に途絶えた状態をいいます。ただし、疾病を原因とする腱の断裂を除きます。（注：筋・靭帯は腱に含まれません。）

2. この証明書では、入院・手術の証明はできません。

3. 柔道整復師の場合は、「四肢における骨折または関節脱臼」に関し施術をした場合のみ証明していただけます。