

医 師 の 同 意 書

(記載例)

認定番号 2018 - 〇〇〇〇

被災職員	氏名	土佐 太郎	生年月日	昭和 53 年 4 月 10 日
	傷病名	〇〇〇〇		
施術の種別	マッサージ はり・きゅう・その他 ( )			
施術の部位	左上肢・左下肢・右上肢 右下肢・体幹・その他 ( )			
施術を必要と認めた期間	平成 〇 年 〇 月 〇 日から 平成 〇 年 〇 月 〇 日まで			
施術の必要回数	上記期間中 〇 月 〇 回程度			
指定した施術者	住所	〇〇市〇〇町〇〇番地		
	氏名	〇〇針きゅう院 〇〇〇〇		
同意した理由	(治療上、必要と認めた理由を記載してください。)			
<p>上記のとおり証明します。</p> <p style="text-align: right;">平成 〇 年 〇 月 〇 日</p> <p style="text-align: center;">所在地 〇〇市〇〇町</p> <p style="text-align: center;">医療機関の 名 称 〇〇病院</p> <p style="text-align: center;">医師名 〇〇〇〇</p> <p style="text-align: right;">印 ④</p>				

注 マッサージ・はり・きゅう代を請求する場合に、療養補償請求書に添えてください。