

治療用装具を必要とする意見書

記号番号											
78	-										

治療を受ける者の氏名

男・女

〔 年 月 日 歳 〕

傷病名

上記疾患により、治療のため 年 月 日 に

〔 〕 の装用の必要を認める。

上記装具を 年 月 日 装着を確認した。

以上証明いたします。

年 月 日

住 所 〒

電話 ()

保 険 医 療 機 関 名

印

担当保険医

印

注：この意見書は、保険医療機関及び保険医療費担当規則第6条（証明書等の交付）によるものです。