治療用装具を必要とする同意書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証の記号番号 | ― | 療 養 対 象 者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　 月　　 日生 |
| 傷 病 名 |  | | | |
| 症 状 の 経 過 | | | | |
| **上記の理由により**  **治療用装具名：**  **の装着を認めます。**  　　　 令和　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　所 在 地    　　　　　　　　　　　　医療機関名  　　　　　　　　　　　　医 師 名 　 印 | | | | |