

補 装 具 証 明 書

		認定番号	—
被災職員氏名			
認定傷病名			
医 師 の 証 明	必要とする補装具		
	必要とする理由 (具体的に記載 してください。)		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 <div style="text-align: center;"> 年 月 日 所在地 医療機関の 名称 担当医師名 地方公務員災害補償基金新潟県支部 様 </div>		

- (注1) 補装具の費用は、主治医治療上その装着が必要と認めた場合に限り療養補償の対象となります。
- (注2) 本書は、自己負担した補装具の費用を請求する際に療養補償請求書(様式第6号)に領収書原本とともに添付してください。
- (注3) 年月日の記載には元号を用いてください。