

マッサージ・はり・きゅう証明書

		認定番号	—
被災職員氏名			
認定傷病名			
施術者		住所	
		氏名	
医師の証明	施術の種類	<input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう <input type="checkbox"/> その他 ()	
	施術の部位	<input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	施術の期間	年 月 日 から 年 月 日まで	
	施術必要回数	上記の期間において _____ 回の施術を必要とする。	
	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="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> 年 月 日 所在地 </div> <div style="display: flex; justify-content: center; margin-top: 10px;"> 医療機関の名称 </div> <div style="display: flex; justify-content: center; margin-top: 10px;"> 担当医師名 </div> <div style="display: flex; justify-content: center; margin-top: 10px;"> 地方公務員災害補償基金新潟県支部長 様 </div>			

- (注1) あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師による施術に要した費用は、医師が必要と認めたものに限り療養補償の対象となります。
- (注2) 本書は、マッサージ・はり・きゅうに要した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。