

歯科補綴保険外治療証明書

		認定番号	—
被災職員氏名			
認定傷病名			
医 師 の 証 明	傷病の状態等		
	保険外治療の 内容及びその 費用	1	円
		2	円
		3	円
		4	円
保険外治療を 必要とする理 由（具体的に 記載してくだ さい。）			
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所在地 医療機関の 名称 担当医師名</p> <p>地方公務員災害補償基金新潟県支部長 様</p>			

(注) 年月日の記載には元号を用いてください。