


装 具 等 証 明 書

(記載例)

			認定番号	2018 - 〇〇〇〇
被災職員	氏名	土佐 太郎	生年月日	昭和 53 年 4 月 10 日
	傷病名	〇〇〇〇		
必要と認める 装 具 又 は 治 療 用 材 料		〇〇〇〇		
必要と認める 理 由		(治療上の必要性を記載してください。)		
<p>上記のとおり証明します。</p> <p style="text-align: right;">平成 〇 年 〇 月 〇 日</p> <p style="text-align: center;">所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地</p> <p style="text-align: center;">医療機関の 名 称 〇〇病院</p> <p style="text-align: center;">医師名 〇〇〇〇</p> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">  </div>				

注 医師の指示により自己負担で購入した装具代を請求する場合に、療養補償請求書に添えてください。

装具については、この様式以外の医師の証明書でもかまいません。