（国民健康保険療養費）　治療用装具を必要とする意見書

患　　者	住　　所	
	氏　　名	男・女
	生 年 月 日	年　　月　　日生　　歳

傷病名〔　　〕

上記疾患により、治療のため

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の装着を必要と認める。

症状所見等、その他特記事項

年　　月　　日

保険医療機関　　所　在　地

名　　称

保 険 医 氏 名　　㊞

装　着　証　明　書

上記診断による装具を装着したことを証明する。

年　　月　　日

保険医療機関　　所　在　地

名　　称

保 険 医 氏 名　　㊞

注：本書は保健医療機関及び保険医療養担当規則第６条によるものです。