

伺	下記のとおり決定してよろしいかお伺いします。	決裁	局長	課長	課長補佐	係長	係

### マッサージ治療等承認申請書

承認 No					承認回数	※	回
組合員証 記号番号	100 - 8888	組合員氏名	共 済 太 郎		所属所名	○ ○ ○	
療養者 氏 名	共 済 太 郎	生 年 月 日 性別・続柄	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日		性別	男・女 続柄 本人	
発病年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	発病原因	サッカーをして腰背筋を痛めた				
主治医の 同意	傷病名	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○					
	診療の経過 及び現症	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○					
	マッサージ 治療等を必要とする 同意の医学的 根拠						
	治療の種別	マッサージ・あんま・はり・きゅう					
	治療の部位	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		治療を要する 期間	自 ○ 年 ○ 月 ○ 日 至 ○ 年 ○ 月 ○ 日		日間
<p>上記のとおり同意する。</p> <p>令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 住所 ○○市○○町○丁目○番○号</p> <p>醫師 氏名 ○○病院 ○ ○ ○ ○</p>							
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 住所 ○○市○○町○丁目○番○号</p> <p>請求者 氏名 共 済 太 郎</p>							
<p>上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 職 名 ○ ○ 市 長</p> <p>所属所長 氏 名 ○ ○ ○ ○</p>							

所属所  
受付印

1. マッサージ治療の加療期間が3か月以上にわたる場合は3か月ごとに申請書を提出してください。
2. はり及びきゅうの承認期間は3か月以内です。
3. ※印欄は、記入しないでください。