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	○○市
療養者氏　名	共済　一郎	生年月日 性別・続柄	平成　○　年　○　月　○　日	性別　男・女 続柄　長男	
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　至　○　年　○　月　○○　日間

上記のとおり同意する。

令和　○　年　○　月　○　日

医師　住　所　○○市○○町○－○－○

　　　氏　名　○○病院　医師　○○○○

上記のとおり申請します。

令和　○　年　○　月　○　日

請求者　住　所　○○市○○町○○番地

　　　　氏　名　共済　太郎

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

所属所受付印

令和　○　年　○　月　○　日

所属所長　職　名　○　○　市　長

　　　　　氏　名　○　○　○　○

※　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。

※　はり及びきゅうの承認期間は３か月以内です。

※　※印欄は、記入しないでください。