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

承認回数	※　　回

承認　No

組合員等記号番号	100　－　9999	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 続柄	男・女 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○○番地

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○－○－○

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。

令和　○　年　○　月　○　日

所属所長　職　名　○　○　市　長

氏　名　○　○　○　○

所属所受付印

(R7.4.1)

※　マッサージ治療の加療期間が６か月以上にわたる場合は６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６か月以内です。

※　※印欄は、記入しないでください。