

# 意見書 (治療用装具に係る療養費)

被 保 険 者	住所			
	氏名			
	生年 月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年	月 日
採寸日	年 月 日	採寸日における 入外区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外	
傷病名				
装具名				
装着部位				
装着すること による効果				

上記の者は、症状固定前の上記傷病の治療のために、上記装具の装着の必要を認めます。

年 月 日

保険医療機関名

所在地

電話番号

保険医氏名

## 装着証明書

上記の装具を装着したことを証明します。

年 月 日

保険医療機関名

所在地

電話番号

保険医氏名

注 原則として、上記疾病の主治医が記入してください。