

医師が証明する欄

## 意見及び装具装着証明書

患者氏名			
生年月日	年 月 日生	入院外来の別 (該当する方に○)	入院 外来
傷病名			
<p>上記傷病の治療のため 年 月 日に</p> <p>_____</p> <p>の装着の必要を認め</p> <p>_____</p> <p>年 月 日に装着した。</p> <p>_____</p> <p>以上証明いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関の所在地</p> <p>医療機関の名称</p> <p>医療機関の電話番号</p> <p>医師の氏名 <span style="float: right;">㊞</span></p>			

注 本書は保険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。