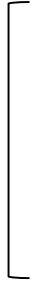


# 治療用装具を必要とする意見書

補装具の装用を必要とするもの の氏名及び生年月日	男 女
	昭和・平成・令和 年 月 日 才

傷病名



上記疾患により、治療のため 年 月 日に  
の装着の必要を認め

年 月 日に装具の装着を確認した。

上記のとおり証明いたします。

年 月 日

住 所

療養取扱機関名

保 険 医

㊞

注、本書は保健医療機関及び保険療養担当規則第6条により無償交付です。