

マッサージ、はり、きゅう、柔道整復などの施術は、医師の同意のもとに行われた
場合のみ補償の対象となります。（初診の場合を除く）

地 方 公 務 員 災 害 補 償

施術に関する同意書

		認定番号	〇〇—100000	
被災 職員	住 所	〇〇市〇〇町〇〇番地		
	氏 名	〇〇 〇〇 (生年月日 昭和〇〇年〇〇月〇〇日)		
被災年月日		令和〇〇年〇〇月〇〇日	療養を開始した日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
傷 病 名		右肩関節脱臼		
同 意 区 分		初回の同意・再同意 (いずれかに○をつけてください)		
診 察 日		令和〇〇年〇〇月〇〇日		
同 意 の 内 容	施術の種類	☐ マッサージ ☐ はり ☐ きゅう ☒ 柔道整復 ☐ その他 ()		
	施術の部位	☐ 左上肢 ☒ 右上肢 ☐ 左下肢 ☐ 右下肢 ☐ 体幹 ☐ その他 ()		
	必要と認めた期間及び回数	令和〇〇年4月1日 から 令和〇〇年4月30日 まで ----- 上記の期間において、1か月当たり 8 回程度の施術を必要とする。		
	施 術 者 (所在地及び名称)	〇〇接骨院		
同 意 し た 理 由		上記傷病に対する急性期の疼痛緩和のため有効であると認められるため		
上記の者について、療養のための医療上の施術が必要と認め、施術に同意します。 令和〇〇年〇〇月〇〇日 所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地 〔医療機関〕 名 称 〇〇病院 医師名 〇〇 〇〇 (※ 自署又は記名押印)				

〔注意事項〕

- 「必要と認めた期間」は6か月を限度とし、それ以上の必要が生じたときは、再度診察の上同意書を交付してください。
- 同意書交付の費用は、1,000円（保険診療準拠）となります。
療養補償請求書等で請求される場合は、書類名が「施術に関する同意書」である旨を御記載ください。