

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 の 内 容	施術の種類	<input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう <input checked="" type="checkbox"/> 柔道整復 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	施術の部位	<input type="checkbox"/> 左上肢 <input checked="" type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 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 <u>8</u> 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			
上記のとおり相違ないことを証明します。				
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3か月を限度とし、それ以上の必要が生じたときは、改めて同意書を交付してください。