

※この書類は医療機関に記入してもらってください。医療機関の記入が済みましたらこの書類と、あんま・マッサージ施術領収書(様式第26号)を療養費支給申請書(様式第18号)に添付して申請してください。

様式第25号(第25条関係)

あ ん ま マ ッ サ ー ジ 施 術 同 意 書			
患 者	住 所		
	氏 名		( 年 齡 歳 )
傷 病 名	診療開始日	年 月 日	症 状
	転 帰	年 月 日	中 止 経 過 繰 越
意 見	施 術	種 別	あんま・マッサージ・変形徒手矯正術
		範 囲	頭から尾頭までの身幹・左上肢・右上肢・左下肢・右下肢
		回 数	1 週 間 回 程 度
	往 療	必 要 と す る 。 必 要 と し な い 。	
有 効 期 間		年 月 日 から 年 月 日 まで	
<p>上記により施術を受けることに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名称</p> <p>所 在 地</p> <p>保 険 医 氏 名</p>			

㊞