治療材料必要証明書

|  |  |
| --- | --- |
| 認定番号 |  |
| 所属名 |  |
| 被災職員氏名 | （生年月日：　　　　年　　　月　　　日） |
| 医師の証明 | |
| 災害発生日 | 年　　　　　　月　　　　　　　日 |
| 傷病名 |  |
| 必要とする治療材料名（補装具名称等） |  |
| 必要とする理由  （具体的に記載願います。） |  |
| 必要量  （治療に必要と判断された（購入を指示した数量）を具体的に記載願います。） |  |
| 上記理由により、治療材料が必要であることを証明します。  　　　　　年　　　　　月　　　　　日  所在地  医療機関の　　名　　称  担当医師 | |

* 治療材料は、主治医が療養上必要と認める場合に限り補償対象となります。
* 被災職員の判断で購入した場合は、補償の対象にはなりません。
* 上記太枠内は被災職員が記入ください。
* 本様式によらず、同内容について病院様式による診断書等で確認できれば代替可