

# 依 頼 状

令和 年 月 日

保 険 医

先生御侍史

謹啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

ご繁忙中誠に恐れ入りますが、下記の方、健康保険療養費によるマッサージ治療を希望致しておりますので、ご高診を賜りご同意下さいますようお願い申し上げます。

つきましては、マッサージの支給対象は「一律に、その診断名によることなく、筋麻痺・関節拘縮などの症状であって、医療上マッサージを必要と認められるもの」であり、医療との併用は可能となっており、定期的に医師の診察を受けることが望ましいとなっております。

尚、診療報酬明細書に同意書交付時には「同意書交付料」が算定できることになっております。

今後とも、何卒よろしく願いいたします。

謹白

記

氏 名 \_\_\_\_\_ 殿 ( 才 )

備 考 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

施術所名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

担当マッサージ師名 \_\_\_\_\_

