

同意書交付のお願い

保険医

先生

拝啓 時価ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

この度私は健康保険によるマッサージ治療を希望いたしております。つきましては、ご高診の上先生の所見を承り、別紙同意書に記載頂きます様お願い致します。

敬具

平成 年 月 日

氏名 _____

住所 _____

電話 _____

【参考】

○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ます。

○往療は歩行通院が困難な場合に限られておりますので、併せてのご高配のほど宜しくお願い致します。

○同意書の有効期限は三ヶ月です。延長の必要がある場合には、その都度同意書をいただきに上がり、併せて施術報告書も提出致しますので、今後ともよろしくお願いたします。尚、診療報酬明細書に同意書交付時には「同意書交付料」が算定できることとなっております。