

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26条関係)

あ ん ま 施 術 同 意 書 マ ッ サ ー ジ			
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 施 見	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>			