

※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24条関係）

あん摩・マッサージ施術同意書				
患 者	住 所			
	氏 名			
	生 年 月 日		年 月 日	
傷 病 名	診 療 開 始 日		年 月 日	
	転 帰		年 月 日 中 止 繰 越	
意 施 術 見	種 別	あん摩・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		
上記の診断の結果、頭書の傷病によりあん摩・マッサージの施術に同意する。				
年 月 日				
保険医療機関名 所 在 地 保 険 医 氏 名 ※ 署名又は記名押印をしてください。				