

依 頼 状

医 師 様

ご多忙中恐れ入りますが、下記の方、健康保険での鍼灸の施術を希望しておりますので、ご診察の上ご同意くださいますよう、お願い申し上げます。

鍼灸に係る療養費の支給対象となる疾病は、1. 神経痛、2. リウマチ、3. 頸腕症候群、4. 五十肩、5. 腰痛症、6. 頸椎捻挫後遺症、7. その他と、なっています。

なお、弊組合員については、規則においてディスプレイブル鍼の使用ならびに職業別賠償責任の加入を謳い、不測の事態に備えております。何卒今後ともよろしくお願い申し上げます。

記

患 者 氏 名 殿

発 病 年 月 日頃

症状 (主訴)

同 意 区 分 初 回 の 同 意 ・ 再 同 意
(前 回 年 月 日)

年 月 日

北海道鍼灸マッサージ柔整協同組合所属 住 所
鍼 師 ・ 灸 師 施 術 所 名
氏 名

印



北海道知事認可

北海道鍼灸マッサージ柔整協同組合 電話(011)213-1033