〔様式第６号　療養補償請求書〕　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　５号紙

|  |  |
| --- | --- |
| ※13　治療材料（コルセット、固定装具等）の証明 | |
| 被災職員氏名 |  |
| 傷病名 |  |
| 発病、負傷年月日 | 年　　月　　日 |
| 入院・外来の別 | 入　院　・　外　来 |
| 必要とする理由 |  |
| 医師の証明  保険医療機関及び保険医療養担当規則第６条に基づく証明（無償証明） | 年　　月　　日  　　　　　所　在　地  　　　　　医療機関名  　　　　　医師の氏名 |