

依 頼 状

平成 年 月 日

保険医

_____先生

謹啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

さてご多忙中誠に恐れ入りますが、下記の方、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ので、ご高診を賜り別紙同意書にご同意下さいますようお願い申し上げます。

つきましては、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。

尚、診療報酬明細書に同意書交付時には「同意書交付料」が算定できることになっております。

今後とも、何卒よろしく願いいたします。

記

氏 名 _____ 殿 (_____ 才)

発 病 平成 年 月 日頃

症 状 _____

マッサージ師

住所

氏名