

整形外科療養承認書

船員保険 業務上

申請者住所

申請者氏名

生年月日

年

月

日生

年 月 日付をもって申請された整形外科療養を下記の通り承認します。

なお、義肢等の支給を受けるについては、次の点に御留意下さい。

1. 病院から指定された日時を守ってください。
2. 承認書は病院の受付に提出してください。
3. その他、病院の注意事項に従って支給を受けてください。

平成 年 月 日

全国健康保険協会 船員保険部長 ㊞

殿

入院又は外来の別		承認された整形 外科療養の概略	常用 ・ 作業用 ・ 両方
診療を受ける病院名	所在地		
診査年月日 (診療開始年月日)	平成	年	月 日