治療材料必要証明書

認定番号	
所属名	
被災職員氏名	（生年月日：　　年　　月　　日）
医師の証明	
災害発生日	年　　月　　日
傷病名	
必要とする治療材料名 （補装具名称等）	
必要とする理由 （具体的に記載願います。）	
必要量 （治療に必要と判断された（購入を指示した数量）を具体的に記載願います。）	

上記理由により、治療材料が必要であることを証明します。

年　　月　　日

医療機関の
- 所在地
- 名称
- 担当医師

※　治療材料は、主治医が療養上必要と認める場合に限り補償対象となります。
※　被災職員の判断で購入した場合は、補償の対象にはなりません。
※　上記太枠内は被災職員が記入ください。
※　本様式によらず、同内容について病院様式による診断書等で確認できれば代替可