

補装具証明書

認定番号

〇〇〇〇 ~ 〇〇〇〇

所 属	東京都〇〇局〇〇部	
氏 名	新 宿 太 郎	
傷 病 名	右下腿骨骨折	
災 害 発 生 年 月 日	平成 29 年 7 月 5 日	
医 師 の 証 明	装 具 名	短下肢装具
	必 要 理 由	骨折部の歩行時負荷を軽減させるため
	<p>上記理由により、補装具が必要であることを証明します。</p> <p>平成 29 年 〇 月 〇 日</p> <p>医療機関の { 所在地 千代田区永田町〇-〇</p> <p>{ 名 称 関東整形外科病院</p> <p>{ 担当医師 関 東 次 郎</p>	



注 1 補装具等は、主治医が療養上必要と認める場合に限り補償の対象となります。

2 被災職員の判断で購入した場合は、自己負担となります。