

マッサージ施術同意依頼状

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。

氏 名 殿 (才)

発 病 平成 年 月 日頃

症 状

鍼灸師 あん摩マッサージ指圧師
住所 東京都目黒区自由が丘2-14-5-2F
電話 03-37233-1315
氏名 ペキン治療院 薛 剛