

がん治療に伴う補整具購入に係る証明書

証明事項	医療機関記入欄
受診患者氏名	
受診患者生年月日	年 月 日
傷 病 名 (補整具を要した疾患名)	
初回診療年月	年 月
治療に伴う身体への影響	1 治療の副作用による脱毛 2 治療に伴う乳房の切除 3 その他 ()

上記について、相違ないことを証明します。

年 月 日

【医療機関】

所 在 地

名 称

医師氏名

印