

# 鍼灸院通院指示書

全日本教職員組合共済会 宛

住所	〒 _____		都道府県	市区郡		
共済会番号		職場番号		加入者	個人番号	
共済会名		職場名		フリガナ氏名		印
受傷者氏名	フリガナ	加入者との関係			年齢	
		本人・配偶者 子ども・その他				

※上記の全ての項目（加入者氏名、共済会名、職場名等）は加入者が先に記入してください。

上記の者が \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日に発生した

交通傷害事故または一般傷害事故による

(傷病名) \_\_\_\_\_ に対して

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から

鍼灸療法を受けることを指示します。

証明年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

病院住所

病院名

医師名

印