様式第４号

人工内耳用体外器給付意見書

|  |  |
| --- | --- |
| 住　所 |  |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 　　　　　年　　月　　日 |
| 人工内耳装用開始年月日 | 右 | 　　　　　年　　月　　日 |
| 左 | 　　　　　年　　月　　日 |
| 現在着用中の人工内耳用体外器購入時期 | 右 | 　　　　　年　　月　　日 |
| 左 | 　　　　　年　　月　　日 |
| 現在着用中の人工内耳用体外器のメーカー保証対応期間 | 右 | 　　　　　年　　月　　日 |
| 左 | 　　　　　年　　月　　日 |

医療保険が適用されない理由

人工内耳用体外器の交換が必要な理由

＊交換の必要性が判断できるよう，具体的にご記入ください。

以上のとおり診断します。

　　年　　月　　日

医療機関名

医療機関所在地

担当医師　氏名