

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