【書　類　申　込　書】

（ID：　　）　　申込日：　　年　　月　　日

※太枠内に必要事項をご記入ください。

フリガナ		生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和
患者氏名			年　　月　　日
患者住所	〒	連絡先	自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先
依頼者	本人／その他 続柄：	依頼者 住　所	患者住所と相違の場合記入
診療科		医師名	

手　術	有 ・ 無	入院期間	年　月　日 ～　年　月　日
／			年　月　日 ～　年　月　日

・保険会社等診断書・証明書（入院・手術）　　通

保険会社名（　　）

□通院保障あり→□通院終了（　年　月　日）　□通院保障なし

→□通 院 中（　年　月　日現在通院中ですが書類申し込み希望）

・その他（　　）

追記事項			預かり物など	
受付者	受付日	作成期限	Drへ依頼した日	下書き担当者
K・Jコード	パピルス登録	受取・スキャン・請求処理	請求書郵送・送付連絡	入金確認

入金確認後郵送	電話連絡	パピルス入力	会計チェック