

依頼書

【受傷者情報】			
フリガナ			
氏名			生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日
性別	女性・男性	受傷日	令和 年 月 日
住所	〒		
電話番号			保険の種類 自賠一括 健保一括
【保険会社様情報】			
保険会社様名			
所属部署名			
請求書送付住所	〒		
電話番号			担当者様名

【確認お願いします】

※当院はWEB問診を導入しておりますので、受診前に問診を入力することができます
来院前に受診予定の方に実施して頂けるようお伝えください

※同意書は速やかにお願いします

※診断書、明細書発行は受診日より2ヵ月後に発送いたします

送付先：[06-6821-2355](tel:06-6821-2355)