

横須賀市救急医療センター書類申込書 (平成 年度)

※ □に✓を記入してください

受付年月日	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵便	平成 年 月 日			
願出人	住所			TEL	
	氏名		受診者との関係		
受診者	受診年月日	平成 年 月 日			
	住所			TEL	
	氏名		生年月日	M・T S・H	年 月 日
使用目的	<input type="checkbox"/> 療養費支給申請のため (診療報酬明細書の発行) <input type="checkbox"/> 自賠責書類作成のため <input type="checkbox"/> 災害共済給付金申請(日本スポーツ振興センター)のため <input type="checkbox"/> その他				
受取方法	<input type="checkbox"/> 来院 <input type="checkbox"/> 郵送 (願出人・受診者)				

----- \*これより下記は、記入の必要はありません。 -----

文書料	<input type="checkbox"/> 診療報酬明細書(無料)		金額
	<input type="checkbox"/> 自賠責用診断書(5,500円)		
	<input type="checkbox"/> 自賠責用診療費明細書(5,500円)		
	<input type="checkbox"/> 災害共済給付金申請(無料)		
	<input type="checkbox"/> 労働災害様式 (8号・16号の6) (2,000円)		

処理欄	<input type="checkbox"/> 電話連絡 月 日 (コメント: _____)
	<input type="checkbox"/> 窓口にて交付 受領者 <input type="checkbox"/> 願出人 [ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 身分証明証 ]
	<input type="checkbox"/> 郵送

交付年月日 年 月 日 : ..... : .....	来所予定 ・ 持出し 月 日
---	----------------