

*スキャン不要

特 定 経 費 申 請 書			
☐ 入院 ☐ 外来			
患者氏名	☐ 男 ☐ 女		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	患者番号	
発生年月日	年 月 日		
申請期間	☐ 発生年月日 から (年 月 日) まで ☐ 発生年月日 から 終了日未定 ☐ (年 月 日) から (年 月 日) まで		
申請 適応 理由			
費用の 負担 範囲	※具体的に記入すること。 患者さんには、本院負担範囲は患者負担分+保険請求分（10 割）であることを説明願います。		
上記のとおり申請します。 年 月 日 診療科（部） : 診療科（部）長 : (署名) 申 請 者 : (署名)			

確認印

