

*スキャン不要

特 定 経 費 申 請 書			
<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来			
患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	患者番号	
発生年月日	平成 年 月 日		
申請期間	<input type="checkbox"/> 発生年月日 から（平成 年 月 日）まで <input type="checkbox"/> 発生年月日 から 終了日未定 <input type="checkbox"/> （平成 年 月 日）から（平成 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。			
平成 年 月 日	診療科（部）	:	_____
	診療科（部）長	:	_____（署名）
	申 請 者	:	_____（署名）

確認印

