

生命保険会社診断書 依頼書

依頼日: 年 月 日

患者ID: 氏名:

記入する手術日(¥5,500 ※1通に記入できる日は3回まで)

(全 回分)

記入する通院日(¥5,500)

(全 回分)

お渡し方法(チェックをしてください)

- 次回予約時に窓口にて受け取り (年 月 日)
- 出来上がり次第連絡 (ご連絡先:)
- 郵送 (レターパック¥370をご準備ください)

(スタッフ記入欄)

支払方法: 本日会計時 振込

¥

レターパック 持参 or ¥370請求

済

スキャン 済

郵送日 /

