

保険会社の方へ(医師面談について)

当院医師と面談を希望される保険会社の方へのご案内です。

医師に対する面談のお申込み方法

生命保険会社等の方々による当院医師に対する面談お申込みは次の手順により行っております。

面談申込み

下記書類を揃えて事務長宛にFAX送信して下さい。

- ①面談申込書 (次頁参照)
- ②患者様同意書 (患者様ご本人に認知能力が無い場合は、法定相続人等から同意書)
- ③戸籍謄本等 (②の()書き該当の場合は、その続柄証明が必要)

必ずFAX送信後に確認のお電話を入れて頂きます様お願いします。

FAX:075-572-0635 ⇒ TEL:075-572-0634



面談日時等の連絡

医師等と調整の上、日時を病院よりご連絡致します。
(面談に応じられない場合もご連絡致します)



面談日当日について

<受付>

受付窓口にて事務長迄お訪ね下さい。

尚、その際に面談申込み時の①～③各書類の原本をご持参下さい。

①は提出、②・③はご提示して頂きます。

<面談>

面談時間は1回につき、概ね20分以内でお願いします。



面談料のお支払い

面談終了後、受付窓口にて面談料4,000円(税別)をお支払い下さい。
お支払い後に領収書をお渡し致します。
その他、診断書等をお求めの場合は、別途同意書、料金が必要です。

※太線内に必要事項をご記入の上、上記FAX番号へお送り下さい。

【申込者様】

会社名				(保険会 ・ 代行会社)
ご担当者様 所属・氏名	所属部署	フリガナ 氏 名		連絡先 会社() -
				携帯() -

【面談希望日時】 ※医師側の予定が合わない場合は、面談可能日時をこちらからご提示致します。

①第1希望	②第2希望	③第3希望
年 月 日	年 月 日	年 月 日
時 分 ~ 分間程度	時 分 ~ 分間程度	時 分 ~ 分間程度

診療科名		医師名	
------	--	-----	--

【対象患者様情報】 ※同意書や続柄が確認出来ない場合は、面談をお受け出来ません。

氏 名	フリガナ	生 年 月 日	明・大・昭・平		年 月 日生
	年 月 日 ~		同 意 書 有 無	有・無 同意者	本人・法定相続人(続柄) その他()
期 間	年 月 日	年 月 日			

【質問内容】 ※予めご記入下さい

【病院使用欄】

医師	面談可能日			医師特記事項	
①	可能日に○	①	②	③	特に無し・()
	上記以外	/	時	分~	
病院長	副院長	事務局長	受 付	事務長特記事項	
①	①	①	①	特に無し・()	