

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。

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

面談申込み

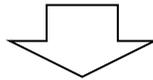
下記書類を揃えて、医事科責任者宛てに FAX 送信してください。

- ① 面談申込書（次頁参照）
- ② 本人同意書（本人に認知能力がない場合は、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ようお願いいたします。
FAX : 0955-77-5130（医事直通） ⇒ TEL : 0955-77-5121（医事直通）

※他社診断書コピーでの契約に関する対応は、一切いたしません。

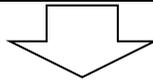
※保険会社からのカルテ開示は受け付けておりません。

※外泊・外出証明は、文書照会となります。



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>

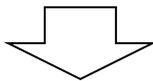
受付窓口にて、医事科迄お訪ねください。

なお、その際に面談申込時の①～③の各書類の原本をご持参下さい。

① は提出、②③は提示して頂きます。

<面談>

面談時間は1回につき、30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 10,000 円（税別）をお支払いください。

※万が一超過した場合には、30分を超えるごとに 10,000 円（税別）頂きます。

お支払い後に領収書をお渡しいたします。

FAX : 0955-77-5130

面談申込書

※ 太線内に必要事項をご記入の上、上記 FAX 番号へお送りください。

【申込者様】

会社名				(保険会社・代行会社)
ご担当者様 所属・氏名	所属部署	氏名	フリガナ	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、面談日時をこちらからご提示致します。

診療科名		医師名	
①第1希望		②第2希望	
③第3希望			
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
時 分～ 分程度	時 分～ 分程度	時 分～ 分程度	時 分～ 分程度

【対象患者様情報】 ※同意書や続柄が確認できない場合は、面談をお受けできません。

氏名	フリガナ	生年月	明・大・昭・平		年 月 日生
期間	年 月 日 ~	同意書	有・無	同意者	・本人 ・法定相続人(続柄) ・その他
	年 月 日				

【質問内容】 ※予めご記入ください。同意の範囲内での事前質問以外はお応えできません。

・

・

・

・

・

【病院使用欄】

主治医	A : 面談可能 B : 面談不可。文書照会とする		医師特記事項
	面談可能日に○ : ① ・ ② ・ ③ 上記以外 : / () 時 分～ 分以内		特になし・ ()
事業管理部長	医事チーフ	医事担当	医事特記事項
		受付書類確認 <input checked="" type="checkbox"/> 面談申込書 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> (戸籍謄本)	特になし・ ()