

ID:

氏名(カナ):

生年月日:

発熱外来(トレーラー)

課長	係長	担当者	受託者

令和 年 月 日

後日会計連絡票

現時点では診療費の金額が確定していません。翌日以降、医療費の自己負担金額をご連絡いたしますので、お手数おかけし申し訳ありませんが、次のご連絡先をご記入願います。

入院となった場合、感染症法上の、公費決定は患者さんが申請後、数か月かかる見込みです。医療費の自己負担金額はそれ以降にお知らせいたします。

患者様のご連絡先

※請求書の送付先をご記入ください。

住所	〒 -
氏名	患者さんとの関係()
電話	(自宅) - - (緊急連絡先) - -

-----以下、病院職員記入欄-----

診療内容

区分	診療期間	金額
入院・外来	/ ~ /	

連絡先

多摩北部医療センター 医事課

電話 042-396-3811

外来会計 内線 2171
入院会計 内線 2178、2179
医事当直 内線 2954

連絡事項欄