

FAX マイ・ハート 傷病連絡票

マイ・ハート担当 行

年 月 日

FAX 045-231-8118

◆下記の症状にて(通院・入院・手術)をしましたので、請求手続きをお願いいたします。

…〈病気による入院・手術の場合〉……………

該当者名	(生年月日)	年	月	日	(続柄)
病 名					
入院日	年	月	日	退院日	年 月 日
				退院予定日	年 月 日
手 術 名					
手術日	年	月	日		
備 考 ()					

…〈ケガによる通院・入院・手術の場合〉……………

該当者名	(生年月日)	年	月	日	(続柄)
傷 病 名					
事故発生日	年	月	日		
ケガの理由等 ()					
通院開始日	年	月	日	通院終了日	年 月 日
				終了予定日	年 月 日
入院日	年	月	日	退院日	年 月 日
				退院予定日	年 月 日
手 術 名					
手術日	年	月	日		

支部	分会(Tel)
職員番号	氏名
自宅 〒	—
住所	
TEL	

ご記入後すぐに
FAXしてください

