

# 診療情報明細書(病名あり)請求書兼受領書

医療法人あゆみ桜会

皮膚科眼科くめクリニック殿

下記の診療情報明細書(病名あり)を請求します。

\_\_\_\_\_年 月 日

\_\_\_\_\_年 月分

\_\_\_\_\_年 月分

\_\_\_\_\_年 月分

■上記を受け取りました。

\_\_\_\_\_年 月 日

本人署名\_\_\_\_\_

確認書類(マイナンバーカード・運転免許書・ )

(※ 原本の場合コピーを取らせて頂きます。コピーをご提出の場合返却いたしません。マイナンバーカードの場合、提出するコピーは顔写真のある面のみで結構です。)

代理人署名(続柄)\_\_\_\_\_ ( )

確認書類(マイナンバーカード・運転免許書・ )

(※ 原本の場合コピーを取らせて頂きます。コピーをご提出の場合返却いたしません。マイナンバーカードの場合、提出するコピーは顔写真のある面のみで結構です。)

委任状:  あり ・  なし (※お渡しできません)