

# 佐世保市総合医療センター 保険関連 問い合わせ票

送付先FAX番号：0956-24-1865(医事係)

☞ この様式は保険に関する問い合わせのみとしてください。

☞ 処方せんのコピーを添付してください。

連絡日 年 月 日  
FAX送付時間：AM・PM 時 分 発信

|                   |                                                 |               |       |
|-------------------|-------------------------------------------------|---------------|-------|
| 診療科名              | 科                                               | 保険薬局名         | 薬局    |
| 処方医               | 先生                                              | 薬剤師名          | ⑨     |
| 患者氏名              | 様 男 女                                           | 保険薬局<br>電話番号  |       |
| 患者ID              |                                                 | 保険薬局<br>FAX番号 |       |
| 生年月日              | 年 月 日                                           | 処方箋発行日        | 年 月 日 |
| 右記に○をつけて<br>ください。 | 至急 ・ 本日中 ・ 後日                                   |               |       |
| 問い合わせ<br>内容       |                                                 |               |       |
| 回答                | <div style="text-align: right;">サイン _____</div> |               |       |