

平成 年 月 日 依頼

医療費証明書 発行依頼書

証明希望日	平成 年 月 日分
	平成 年 月 日分
申込者氏名	
患者様氏名	
ID 番号	
患者様住所	〒

BSL-48 Clinic

〒102-0094

東京都千代田区紀尾井町4-1

ニュー・オータニ ガーデンコート1F

当院への送り方

- ① 左の発行依頼書に必要事項を記入
- ② 80円(平成26年4月1日以降は82円)切手を貼った封筒に、証明書のお送り先住所を記載
- ③ ①と②を封筒に入れ、当院までお送りください
(下の宛先ラベルを切り取ってご利用ください)

ご注意：時期により、返送に時間がかかる場合がございます。
証明書の再発行はいたしかねますのであらかじめご了承ください。

↑
ヤマト運輸
↓

