

●年●月●日

社会医療法人財団石心会  
さやま総合クリニック 宛

セキシン保険株式会社

印

(社判をお願いします↑)

担当：石心 太郎

## 依頼状（例）

下記の方は、当社の保険契約に被保険者（契約者）として加入しておりますが、このたび別紙の通り貴院での傷病内容について当社が説明及び証明を受けることに対し、ご同意いただきました。

つきましては、当社が業務委託しておりますセキシン調査サービス株式会社の担当者へ、下記被保険者（契約者）に関する説明および回答書、画像等の発行をお願いいたします。

なお、ご説明いただいた傷病内容及び回答書等は保険契約の存続及び保険金等の支払い可否の検討の目的以外には一切使用しないことを約束いたします。

### 記

患者氏名：狭山 花子様

生年月日：（明治・大正・昭和・平成・令和）●年●月●日

住所：埼玉県狭山市入間川●丁目●●番地●

事故日：●年●月●日 ※交通事故の場合記入してください

依頼内容：面談

#### 質問事項

- 1.初診時の主訴
- 2.初診からの症状経過、検査内容、治療内容
- 3.患者に病名を告げた時期
- 4.既往症について
- 5.●年●月●日（保険加入告知日）の病自覚の有無

画像 ●年●月●日～●年●月●日

(X)P、MRI、(X)CT、超音波画像、心電図、その他（ ）

以上

年 月 日

社会医療法人財団石心会  
さやま総合クリニック 宛

会社名

担当

## 依頼状

下記の方は、当社の保険契約に被保険者（契約者）として加入しておりますが、このたび別紙の通り貴院での傷病内容について当社が説明及び証明を受けることに対し、ご同意いただきました。

つきましては、当社が業務委託しております \_\_\_\_\_ の担当者へ、下記被保険者（契約者）に関する説明および回答書、画像等の発行をお願いいたします。

なお、ご説明いただいた傷病内容及び回答書等は保険契約の存続及び保険金等の支払い可否の検討の目的以外には一切使用しないことを約束いたします。

### 記

患者氏名： \_\_\_\_\_ 様

生年月日：（明治・大正・昭和・平成・令和） \_\_年\_\_月\_\_日

住所：

事故日： 年 月 日 ※交通事故の場合記入してください

依頼内容： 回答書

面談

質問事項

画像 年 月 日～ 年 月 日

（XP、MRI、CT、超音波画像、心電図、その他（ ））

以上