

初回通院時記載欄

本土通院等療養申告書

年 月 日

私は、離島医療機関において完結できない高度医療を要するため、医師の発行する診療情報提供書(紹介状)をもって、以下のとおり本土医療機関に(通院・入院)の予定であることを申告します。

住 所

TEL 番 号

ふ り が な
氏 名

印

医療機関名

診 療 科

通院・入院期間等
(可能な範囲で記載)

年 月 日 (~ 年 月 日)

診療情報 提供書 発行	発行医療機関 確認欄	年 月 日
	医療機関名：	(事務担当者等証明印)
本件は、本土の医療機関において診療を受ける事が適当であると証明します。		

* (注意事項)

乗船窓口においては診療情報提供書(封書)も提示すること(窓口で開封することはありません)。その際必ず、本紙裏面にスタンプ等を受けること。

切り離し厳禁

切り離し厳禁

切り離し厳禁

2回目以降記載欄

本土通院等療養状況申告書

年 月 日

私は、上記の医師により発行された診療情報提供書により、本土医療機関において療養していますので、その状況について以下のとおり申告します。

住 所

TEL 番 号

ふ り が な
氏 名

医療機関名

診 療 科 名

療養の状況 1. (月 ・ 週) 回程度

2. その他

* (注意事項) 本申告書により乗船時には窓口において診療券等診療状況・実績がわかるものの(領収書等)提示が必要。その際必ず、本紙裏面にスタンプ等受けること。

(本書の注意事項：切り離さず毎乗船時に窓口へ提示のこと。提示後は次の乗船・通院に備え要保管)
・乗船時には診療情報提供書(封書)も提示下さい。発行医療機関の証明印がないものは無効です。また、証明印を得る場合には有料となる場合があります。
・紛失等により窓口で提示できずに割引を受けられない場合の責任は負いかねます。各自大切に保管ください。
・不正申告の乗船が判明した時は、関係運送約款に基づき、本来の運賃に加え2倍相当の増料金を求められる等の措置がとられますのでご留意ください。
【問い合わせ先】 対馬市地域づくり課 (0920-53-6111)