

横浜市立大学附属市民総合医療センター 臨床検査部・輸血部	制定日:2015/10/22 最新改訂日:2015/10/22
未契約保険収載項目検査申請書	RE-000-5108
	第1版 Page 1 / 1

平成 年 月 日

未契約保険収載項目検査申請書

臨床検査部長 様
病理部長 様

診療科名 _____

部長名 _____ 印

申請者名 _____ 印

検査名	
保険点数	点
年間予定件数	件
対象疾患および申請理由	
連絡先 (MPS・メールアドレス)	MPS :
	メールアドレス:

検査オーダリングシステムに上記検査項目の追加収載を申請いたします。

臨床検査部長	病理部長	技師長	担当係長