

文書申込書

*太枠の中のみ記入してください。

カルテNo.				年 月 日 受付
フリガナ	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日		
患者氏名	男・女	保険の種類	社保・国保・労災・交通事故・生保・自費・その他	
患者住所	〒 TEL()	入院	外来	号室
証明の期間	年 月 日～	年 月 日	主治医	医師
申込者	患者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 夫・妻 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹 <input type="checkbox"/> その他()		
連絡先	TEL()	連絡不要	月 日 来院時	受取希望

●無償交付

- 療養費支給申請書 治療装具の証明書 主治医意見書(保険者に請求)
高額医療(療養)証明書 その他()

●有償交付

- 診断書(当院所定・生命保険会社) 障害診断書(自賠・年金・認定) 公費(難病等)診断書
証明書 死亡診断書(原本・複写) 自賠責保険・明細書・診断書 その他()

●保険請求

- 傷病手当金請求書 労災証明書(休業補償・障害補償給付) 診療情報提供書 その他()

*MEMO

文書料	通	円
郵送料	普・速・書留	円
合計		円

★身分確認	★添付書類
<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 委任状または同意書
<input type="checkbox"/> 写真付身分証明書	<input type="checkbox"/> 戸籍抄本
<input type="checkbox"/> パスポート	
<input type="checkbox"/> 健康保険証取扱者	<input type="checkbox"/> その他()

受付者	
連絡日	年 月 日
受渡し日・郵送日	月 日
印	

診断書、証明書等申込控書

★お受取りの際は、この申込控書と身分を証明するもの(運転免許証等)を必ずご持参ください。

申込年月日		担当医	医師
患者氏名		患者番号	
申込者氏名		文書の種類	
患者様との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 夫・妻 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹 <input type="checkbox"/> その他()		

※診断書は2～3週間位時間がかかります。また、診断書によっては時間がかかる場合があります。

※個人情報保護法の趣旨を尊重し、氏名等、個人情報を厳重に管理し、本来の利用目的の範囲を超えて利用することはありません。ただし、何らかの理由により、記入を望まない方はお申し出下さい。

● 郵送ご希望の方へ

※返信用封筒のご用意をお願いいたします。

<切手を貼り、郵送先(ご本人または申込みをされた方宛に限る)を記入してください。>

<文書作成済みの電話連絡後、料金を現金書留封筒で当院へ送付していただいた後での発送となります。>

● 受取時のご注意

※ご本人受取時・・・「診察券」・「診断書・証明書等申込控書」・「本人確認できる公的証明書(保険証等)」が必要です。

※ご本人以外の方が受取られる時・・・ご本人の委任状もしくは同意書・受け取る方の公的証明書(免許証・保険証等)をご確認させていただきます。

※原則として、申込に来られた方以外にはお渡しできませんので、ご了承ください。