

文書申込書

申込日 20 年 月 日

患者情報

診察券番号		連絡先	
患者氏名		生年月日	年 月 日

代理人（患者様ご本人以外の申込みの場合のみ記載してください。別途委任状が必要です）

※患者様が高校生以下で保護者の方が申込みの場合、委任状は不要です。

ふりがな		続柄	
代理人氏名			
代理人住所 〒		連絡先	

書類をご依頼いただく診療科・医師名をご記入ください（複数科ある場合はそれぞれ申込書が必要です）

診療科		主治医	
-----	--	-----	--

申込みされる書類の種類にチェックをお願いします。

<input type="checkbox"/> 生命保険診断書・死亡診断書<<保険会社名	➤	【通】
<input type="checkbox"/> 傷病手当金支給申請書【通】	<input type="checkbox"/> 労災（通勤災害）請求書・診断書[号]【通】	
<input type="checkbox"/> 身体障害者診断書（新規・更新）【通】	<input type="checkbox"/> 自立支援医療（新規・更新）【通】	
<input type="checkbox"/> 臨床調査個人票（新規・更新）【通】	<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患診断書（新規・更新）【通】	
<input type="checkbox"/> 障害年金診断書（新規・更新）【通】	<input type="checkbox"/> その他（ ）【通】	
<input type="checkbox"/> 病院用診断書（提出先： ）	・証明内容	【通】

証明が必要な期間をご記入ください。（傷病手当・労災などの場合は【証明期間】欄にご記入ください。）

証明期間		年	月	日	～		年	月	日
① 入院期間		年	月	日	～		年	月	日
② 入院期間		年	月	日	～		年	月	日
通院期間（不要・要）		年	月	日	～		年	月	日

申込みいただいた内容について、確認事項があった場合にお電話させていただく場合がございます。

その際に連絡させていただく連絡先にチェックをお願いします。

連絡先	<input type="checkbox"/> 患者本人	<input type="checkbox"/> 申込者
-----	-------------------------------	------------------------------

受取方法をお選びください（患者本人以外が受け取る場合は委任状が必要です）。

<input type="checkbox"/> 窓口受取	<input type="checkbox"/> 患者本人	<input type="checkbox"/> 代理人
<input type="checkbox"/> 郵送（レターパックを用意してください）	<input type="checkbox"/> 患者本人住所	<input type="checkbox"/> 代理人住所

※ご提出いただいた書類によっては、前医から前回の書類の控えを取り寄せる場合がございますのでご了承ください。

※点線以下は病院側の記入欄になります

備考	
----	--

《書類預かり時》

患者確認【診察券 運転免許証・マイナンバーカード・パスポート】※両方確認

代理人確認【患者診察券 委任状 運転免許証・マイナンバーカード・パスポート 又は 保険証と住民票の2点】

預かり【有り（封筒・クリアファイル・レターパック・その他： ） 無し】

会計【済み・未】 レターパック代（当院で用意する場合）【済・未】

《書類お渡し時》

患者確認【診察券 運転免許証・マイナンバーカード・パスポート】※両方確認

代理人確認【患者診察券 委任状 運転免許証・マイナンバーカード・パスポート 又は 保険証と住民票の2点】

窓口担当者（ ）