

# 文書申込書

依頼先

No.	お預かり日 センター担当	電話受付
	通	日付 /

- 文書(生命保険診断書等)の記載を依頼される方は、こちらの文書申込書をご記入の上、所定書式と一緒に1階文書センターまでお持ち下さい。

申込日	平成 年 月 日				
フリガナ			診察券番号		
患者氏名	※保険会社等に登録している漢字で記入して下さい		生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日	
電話番号	- -				
診療科	科	主治医	Dr.	入院区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来
証明期間	① 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 ・ 退院日未定				
	② 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 ・ 退院日未定				
	③ 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 ・ 退院日未定				
	④ 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 ・ 退院日未定				
その他	※特に記載を必要とする項目がある方はご記入下さい。			<input type="checkbox"/> 入院証明	<input type="checkbox"/> 放射線治療
				<input type="checkbox"/> 手術証明	<input type="checkbox"/> 傷病手当
				<input type="checkbox"/> 通院証明	<input type="checkbox"/> 医療等の状況

- 依頼者が患者様ご本人以外の場合はこちらもご記入下さい。

フリガナ			続柄	
氏名				
住所	〒			
電話番号	- -			
身分証明書	《 診察券・健康保険証・運転免許証・パスポート・その他 ( ) 》			

(注1) 申込は原則本人としますが、患者さんが未成年の場合、または本人からの申し出ができない場合は親族(配偶者、父母、子)からの申込は可能です。

(注2) 本人以外の申込で、本人からの依頼であると確認ができるもの(診察券、健康保険証等)がない場合は委任状と身分証明書が必要となります。

受取方法	<input type="checkbox"/> 来院 (次回予約日: / )	<input type="checkbox"/> 来院時に窓口で確認
	【連絡】 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	【連絡先】 ① - - ② - -
	<input type="checkbox"/> 郵送(特定記録) <input type="checkbox"/> 切手代金(242・252)	<input type="checkbox"/> お支払い済み( / )
	<input type="checkbox"/> 郵送先確認	<input type="checkbox"/> 退院時 <input type="checkbox"/> お支払い不要

受取者サイン : _____ 様 続柄 ( )	センター担当者印
受取日 : 平成 年 月 日	印