

文 書 申 込 書

太枠内だけご記入下さい

ふりがな 患者氏名		男・女	生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日
住所 〒	—	TEL ① — — ② — —	
入院期間①	20 年 月 日 ~ 年 月 日	主治医	先生
入院期間②	20 年 月 日 ~ 年 月 日	主治医	先生
入院期間③	20 年 月 日 ~ 年 月 日	主治医	先生
通院期間	20 年 月 日 ~ 年 月 日	主治医	先生
* 保険会社診断書 ¥6,600/通 (通院・入院・手術) * 後遺障害診断書 * 傷病手当金請求書 * 当院診断書 ¥3,850/通 (記載内容) * 手術・放射線照射診療報酬点数確認書 * 身体障害者診断書・意見書 * 労災様式第 号 * その他 ()			
文書申込者		本人との関係	保険証・免許証・()
※ 医 事 課 記 入 欄	受付日 年 月 日	患者 ID	領収印
	計 通 ¥		
	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 要 TEL 留守電 可・否 <input type="checkbox"/> 本人確認済		
	《 医事課⇒メディカルワーク 》		

※証明内容によっては、ご案内日数よりお時間を頂く場合がございます。

受取日 年 月 日 受取サイン _____

文 書 申 込 書 (控) 受付日 年 月 日

_____ 様 (ID: _____)

個人情報保護法に伴い、お受取の際には必ず身分証明書・申込書(控)を持参してください。

また、ご本人様以外の方が代理でお受取に来られる場合は、下記の委任状にご記入の上、代理人の身分証明書と一緒に持参ください。委任状及び身分証明書を持参されない場合は、書類をお渡しすることができません。

また、記入の終了した書類につきましては、返金致しかねますのでご了承ください。

※証明内容によっては、ご案内日数よりお時間を頂く場合がございます。

委 任 状

患者氏名 _____ 印

私は下記の者を代理人と認め、受取の権限を委任いたします。

代理人氏名 _____ 印 本人との関係 _____

代理人住所 _____

電話番号 _____

<p><受取日時> 月～土曜日 9時～16時まで ※日曜・祝日はお受取り できません。 <受取窓口> 初診受付窓口 <会計> 済・不要・未済 検診命令</p>
--

渕野辺総合病院 [TEL:042-754-2222](tel:042-754-2222) (代)