

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

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