文　書　申　込　書

太枠内のみご記入ください

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（　　）

申 込 者 名		申込者続柄		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　￥		
	□　郵送　　□　要 TEL　留守電　可　・　否　　□　本人確認済		
	・書類内容に確認事項が発生した場合の連絡先（本人・その他） 氏名（ふりがな）　　続柄 TEL ・検査結果説明後お渡し書類（予約日：　　月　　日）		

※文書のほかに、診察記録の添付（画像、病理報告等）を希望の場合は申し出ください。
　別途料金、手続きのお時間を頂戴いたします。
※証明内容によっては、ご案内日数よりお時間をいただ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。

※文書のほかに、診察記録の添付（画像、病理報告等）を希望の場合は申し出ください。
　別途料金、手続きのお時間を頂戴いたします。
※証明内容によっては、ご案内日数よりお時間をいただ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

〈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￥
検診命令

渕野辺総合病院 TEL:042-754-2222（代）