

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
入院期間②	20	年	月	日	～	年 月 日
入院期間③	20	年	月	日	～	年 月 日
通 院 期 間	20	年	月	日	～	年 月 日
* 保険会社診断書（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（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 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

渕野辺総合病院 TEL:042-754-2222 (代)

＜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