

文書申込書

記載例

依頼

通

お預かり日

No.

センター担当

電話受付



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、診察券・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	2022年8月1日				
フリガナ	ビョウイン タロウ		診察券番号	1234567	
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 病院 太郎		生年月日	(明・大 昭 平・令) 25年11月22日	
	電話番号 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇				
診療科	●●●● 科	主治医	××× Dr.	入院区分	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来
証明期間	① 2022年2月18日 ~ 2022年7月31日 ・ 退院日未定				
	② 年 月 日 ~ 年 月 日 ・ 退院日未定				
	③ 年 月 日 ~ 年 月 日 ・ 退院日未定				
	④ 年 月 日 ~ 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 checked="" type="checkbox"/> 入院証明	<input type="checkbox"/> 放射線治療
				<input checked="" 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。

↓依頼者が本人以外の場合はこちらも記入↓

フリガナ	ビョウイン ジロウ		続柄	子
氏名	病院 次郎			
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 札幌市〇〇区 南▲条西口丁目 ×-××			
電話番号	〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇			
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 【連絡先】 ① - - <input type="checkbox"/> 不要 【連絡先】 ② - -	
	<input type="checkbox"/> 郵送(特定記録) <input type="checkbox"/> 切手代金(244・254・持参)	<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 : _____ 年 _____ 月 _____ 日	印

文書申込書

依頼先

No.	お預かり日	
	センター担当	電話受付
		<input type="checkbox"/>
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、診察券・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	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・令)	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	年 月 日	~	年 月 日	・ 退院日未定
	②	年 月 日	~	年 月 日	・ 退院日未定
	③	年 月 日	~	年 月 日	・ 退院日未定
	④	年 月 日	~	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 【連絡先】 ① - -	<input type="checkbox"/> 不要 【連絡先】 ② - -
	<input type="checkbox"/> 郵送(特定記録) <input type="checkbox"/> 切手代金(244・254・持参)	<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: _____ 年 _____ 月 _____ 日	印