

## 文書申込書兼同意書（医事課受付専用）

※受領のサイン以外の太枠線内を記載してください。

令和 年 月 日

申込者情報	(フリガナ) 患者氏名	診 察 券 号	— —
	生年月日 ( 年 月 日 )	性別 ( 男 ・ 女 )	
	(フリガナ) 申 込 者	申 込 者 電 話 番 号	— —
	申 込 者 住 所	〒 —	
	続柄	①患者本人 ・ ② ( )	
②の場合	委任状の 有 ・ 無		<b>※本人確認資料（受付者が記載）</b> <input type="checkbox"/> 免許証(写真入り) <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 官公庁等が発行した写真付証明書 <input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> リストバンド <input type="checkbox"/> その他 ( )

申込内容	申込書類区分	料金	必要部数	備 考
	本院様式 <b>以外</b> の診断書（生命保険・年金申請等）	5,500円（税込）		851-92003
	自賠責診療報酬明細書	4,400円（税込）		851-92007
	医療等の状況	無料		—
	診療明細書（本院様式の再交付時）	無料		—
	その他 ( ) ※上記に準じた料金を適用			

申込みする書類の記載期間	(月単位での依頼も可能。その場合は「日」の記載は不要) 平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日
備 考 (委任状未提出の理由等)	

(窓口受取の場合 受取時間：平日8時30分～16時30分まで)

受取方法	<input type="checkbox"/> 窓口受取	→	受取来院予定日	令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 郵送受取 (別途切手・封筒が必要)	→	<input type="checkbox"/> 簡易書留希望 <input type="checkbox"/> 普通郵便希望	(444円相当切手及び封筒を同封) (94円相当切手及び封筒を同封)
支払方法	<input type="checkbox"/> 窓口払 <input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 郵便振替 <input type="checkbox"/> コンビニ			※受付者記載 <input type="checkbox"/> 切手受領 <input type="checkbox"/> 封筒受領

## 注意事項

○代理で申込み又は受取りをされる方は、来院時に「患者の委任状」及び「代理の方の身分証明書（免許証、保険証等）」を確認させていただきます。

- ・文書作成にあたっては、4週間～6週間程度の日数をいただいております。なお、内容によりそれ以上かかる場合がありますのでご了承ください。書類完成の確認は下記問い合わせ先へお尋ねください。
- ・受取の際も身分確認が必要となりますので、必ず身分を証明するものをご持参ください。
- ・郵送を希望される場合は、送付先を記載し切手を貼った返信用封筒をご用意ください。また、作成された文書は、請求書と共にお送りしますので、受領後10日以内にお支払いください。
- ・郵送の場合を除き、控えとして本書写しをお渡ししますので、受取時にご持参ください。

私は、申込内容及び注意事項を確認した上で、費用の支払いに同意します。

署名：

## 病院側記載

依 頼 日	令和 年 月 日	書 類 完 成 日	令和 年 月 日
依 頼 診 療 科		書 類 発 送 日	令和 年 月 日
受 付 担 当 者 職 種 ・ 氏 名 サ イ ン		問 合 せ 先 電 話 番 号	(代表or直通) 0172- - <input type="checkbox"/> 外来・ <input type="checkbox"/> 病棟 代表の場合(繋ぎ先診療科 )

## 申込者側記載

私は、上記申込みをした文書について受領しました。	受領のサイン
--------------------------	--------