

## 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)<br>患者氏名  | 生年月日 ( 年 月 日 ) | 診 察 券 号       | — — |
|       | (フリガナ)<br>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     |               |     |

## ※本人確認資料（受付者が記載）

- ☐免許証(写真入り) ☐パスポート ☐個人番号カード  
☐官公庁等が発行した写真付証明書 ☐学生証  
☐健康保険証 ☐年金手帳 ☐リストバンド  
☐その他 ( )

| 申込内容 | 申込書類区分                               | 料金         | 必要部数 | 備 考       |
|------|--------------------------------------|------------|------|-----------|
|      | 本院様式以外 <sup>※</sup> 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<br>(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<br>(別途切手・封筒が必要) | → | <input type="checkbox"/> 簡易書留希望 | (414円相当切手及び封筒を同封) |
|      |                                               |   | <input type="checkbox"/> 普通郵便希望 | ( 94円相当切手及び封筒を同封) |

支払方法 ☐窓口払 ☐銀行振込 ☐郵便振替 ☐コンビニ

- ※受付者記載  
☐切手受領  
☐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<br>職 種 ・ 氏 名 サ イ ン |          | 問 合 せ 先<br>電 話 番 号 | (代表or直通) 0172- -<br><input type="checkbox"/> 外来・ <input type="checkbox"/> 病棟<br>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 |  |
|--------------------------|--------|--|