

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 番 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			

※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 [※] 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
	外国語で作成する診断書及びその他の医学的判断を伴う証明書類	11,000円（税込）		851-90198
	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	☐ 窓口受取	→	受取来院予定日	令和 年 月 日
	☐ 郵送受取 (別途切手・封筒★が必要)	→	☐ 簡易書留希望	(460円相当切手及び封筒を同封) ◆
			☐ 普通郵便希望	(110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、請求書と共に送りますので、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、受取時に持参ください。
 ◆上記に記載した郵便料金を超過した場合は、「不足分受取人払い」にて郵送させていただきます。
 ★封筒は長形3号（120×235mm）以上をご持参ください。

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		申込者側記載	
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- - ☐ 外来・ ☐ 病棟 代表の場合(繋ぎ先診療科)

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
--------------------------	--------