

文書申込書

太枠内だけご記入下さい

患者氏名		男・女	生年月日 M・T・S・H 年 月 日
住所 〒	—		TEL ① — — ② — —
入院期間①	20 年 月 日 ~ 年 月 日	主治医	先生
入院期間②	20 年 月 日 ~ 年 月 日	主治医	先生
入院期間③	20 年 月 日 ~ 年 月 日	主治医	先生
通院期間	20 年 月 日 ~ 年 月 日	主治医	先生
* 保険会社診断書 ¥6300/通 (通院・入院) * 後遺障害診断書 * 傷病手当金請求書 * 当院診断書 ¥3675/通 (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 * 労災休業補償 号 * その他 ()			
文書申込者		本人との関係	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 ¥		
	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 要 TEL 留守電 可・否 <input type="checkbox"/> 本人確認済		
	《 医事課⇒メディカルワーク 》		

受取日 年 月 日

受取サイン

文書申込書 (控)

受付日 年 月 日

様

個人情報保護法に伴い、お受取の際には必ず身分証明書を持参してください。

また、書類をご本人様以外の方が代理でお受取に来られる場合には、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してください。委任状及び身分証明書を持参されない場合には、書類をお渡しができませんのでご了承ください。

なお、医師が記入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。

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)