

文書申込兼受取書

申込日： 年 月 日

●太枠の中をご記入下さい。

(No.)

先生

患者氏名	ふりがな	男・女	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生
証明期間	① 年 月 日 ~ 年 月 日迄 ② 年 月 日 ~ 年 月 日迄			
申込者氏名 (手続者氏名)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人	代理人がお申し込みの際は、委任状(同意書)と身分証が必要です。 ※患者さんが18歳未満で申込者をご家族の場合は、保険証のご提示でお申し込みできます。		
	ふりがな	患者との続柄	身分証明 <input type="checkbox"/>	
申込者住所	〒 - マンション名・号室までお書きください。	連絡先 必ず繋がる番号の記入をお願いします。	①() - ②() -	
①病院診断書(警察・会社・保険会社・一般)	⑥施設利用診断書	※必要な検査は別途料金あり。		文書料 円
②保険会社診断書(通院・入院・手術証明書)	⑦自賠責保険診断書・明細書(月分)	領収	済・未	
③傷病手当金請求書	⑧労災()	受付者		
④後遺障・身障・年金診断書	⑨その他()	計	通	
⑤医療等の状況				
メモ 補足 備考 etc	(出来上がり文書受領サイン)			受渡者
	* 文書確認後ご記入下さい。			/

<注意事項> (確認後、下のボックスにチェックし、サインをして下さい。)

- 文書の受け取りは、原則として直接窓口(手渡し)とさせていただきます。
- 文書申込日から、二、三週間後を受渡予定日とさせて頂いておりますが、文書の内容などの都合により、予定日を過ぎてしまう場合があります。
- 出来上がった時点で一度お電話をしておりますが、電話が繋がらない場合は、何度もご連絡する事ができませんので受渡予定日を過ぎても連絡がない時は、お電話にて確認をお願い致します。
- 受取りの際、この用紙を必ず、ご持参下さい。(患者用控がない場合、お渡しできない場合がございます。)
- 万一、患者用控を紛失された場合、本人の身分証をご持参下さい。
- 上記にご記入いただいた個人情報は、文書(作成・管理・受渡・連絡)目的のために利用させていただきます。
- 出来上がった文書は、原則3ヶ月間保管しますが、3ヶ月経過後は処分させていただきます。

<input type="checkbox"/> 上記注意事項を確認しました。	患者又は申込者のサイン
---	-------------

※必ず、ご記入下さい。

<郵送希望の方のみ> (持参封筒または備え付け封筒に宛名宛先をご記入下さい。)

- 郵送の際に生じる盗難・紛失・破損等について当院は責任を負いません。
- 郵便料は、ご負担していただきます。

<input type="checkbox"/> 上記事項を確認しました。患者又は申込者のサイン	郵送料	円	済・未
--	-----	---	-----

一 お問い合わせ 一

医療法人 徳洲会 大垣徳洲会病院 0584-77-6110
0584-77-6116

受付受取時間

午前9:00~午後5:00