

文書交付申請書

受付日 年 月 日（受付者 ）

■お申込みに来られた方についてご記入下さい

■患者さんのお名前

診察券番号	
ふりがな 氏名	
生年月日	年 月 日
住所	
電話番号	

ふりがな 氏名	
患者さんとのご関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他（ ）
住所 <small>※本人の場合は不要</small>	
電話番号	※9時から17時までのご連絡先をご記入下さい
受取方法	郵送（一般・レターパック・レターパックプラス） 窓口（連絡不要 ・ 要（留守電））
委任状(同意書)	不要（本人のみ）・済・未（受取時持参）

■診療科・主治医・証明期間をご記入下さい

文書の受取方法の変更はいたしかねます

診療科名	医師名
年 月 日 ~	年 月 日 入院 ・ 外来 通
年 月 日 ~	年 月 日 入院 ・ 外来 通
年 月 日 ~	年 月 日 入院 ・ 外来 通

文書区分	通数	料金	文書区分	通数	料金
診断書 生命保険・自動車損害賠償責任 保険・傷害保険および簡易保険 に関するもの		9,900円	臨床調査個人票		4,400円
			小児慢性特定疾病 医療意見書		4,400円
			保険会社 通院証明書		4,400円
			診療情報提供書		250点
その他記載事項が上記の診断書 に類するもの、各種年金診断書・ 身体障害者診断書等		6,600円	診療情報提供書 セカンド・がん指導料		500点
			訪問看護指示書		300点
その他（当病院書式）		4,400円	同意書（あんまマッサージ・はりきゅう）		100点
傷病手当金（附加金・見舞金）		4,400円			
傷病手当金申請書		100点			

【申請時】

【受渡時】【担当者】

申込者確認	資格確認書・免許証・マイナンバーカード その他（ ）	受取者氏名 (続柄)
完成連絡	① 年 月 日 ()	マイナンバーカード・資格確認書・免許証・その他 ()
	② 年 月 日 ()	受渡日 年 月 日