

諸証明申込書（郵送用）

申込日 年 月 日

1. 対象患者（氏名、カルテ番号をご記入ください。カルテ番号は診療券でご確認ください。）

カルテ番号	
患者氏名	

2. 対象診療科（該当診療科名、担当医師がわかりましたらご記入ください。）

診療科名		担当医師名	
------	--	-------	--

3. 申込者

申込者 氏名	
申込者 住所	(郵便番号 -)
申込者 連絡先 (電話番号)	① _____ ② _____ ※ 当院からの問い合わせに対応できる番号を①②が同じ場合は同じにご記入ください。
患者との関係	<input type="checkbox"/> 親族(続柄: _____) <input type="checkbox"/> その他(以下に患者さんとのご関係をご記入ください。) (_____)
診断書等完成後の 送付先住所	<input type="checkbox"/> 申込者住所と同じ <input type="checkbox"/> 他の住所 の倍は下記に記入してください。 (郵便番号 -)

4. 希望書類の種類（希望する書類の記載欄に☑や必要事項及び枚数をご記入ください。）

		金額	申込枚数
入院証明	<input type="checkbox"/> 保険会社 保険会社名 (_____)		
	通院: <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
	期間 年 月 日 ~ 年 月 日	9900 円	枚
	入院: 期間① 年 月 日 ~ 年 月 日		
	② 年 月 日 ~ 年 月 日		
診断書	<input type="checkbox"/> 診断書 (当院書式)	4400 円	枚
	<input type="checkbox"/> 診断名 <input type="checkbox"/> 入院期間 <input type="checkbox"/> 療養期間 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
他	<input type="checkbox"/> 臨床調査個人票 (<input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 新規)	4400 円	枚
	<input type="checkbox"/> その他 (_____)		
合計		円	枚

- 【ご注意】
- 1 申込みの際は、申込者の本人確認書類（運転免許証等）の写し（コピー）をご提出ください。申込者が患者さん本人ではない場合は、上記に併せ委任状が必要となります。
 - 2 お渡しは受付日（当院受理日）から2～3週間（またはそれ以上）お時間を頂く場合があります。
 - 3 状況により発行できないことがあります。また、診断内容等については当院医師の診断結果に基づく記載を行います。事実と反する記載依頼等には対応致しかねます。あらかじめご了承ください。

【病院記載欄】

受付日	: 年 月 日	委任状	: (有 ・ 無)
締切日	: 年 月 日	本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証
受付担当者	: _____		<input type="checkbox"/> 保険証
書類受付番号	: _____		<input type="checkbox"/> その他 (_____)