

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。

年 月 日

申込者情報	(フリガナ) 患者氏名	生年月日 (年 月 日)		診察券番号	
	(フリガナ) 申込者			性別	男 ・ 女
	申込者住所	〒 -		申込者電話番号	
	申込者続柄	本人 ・ ()	本人以外の場合 委任状の有無	有 ・ 無	【病院記載欄】本人確認資料 <input type="checkbox"/> 免許証(写真入り) <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 官公庁等が発行した写真付証明書 <input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> リストバンド <input type="checkbox"/> その他()

区分	料金(税込)	必要部数	備考
診断書(年金申請等の本院様式以外)	7,700円		851-92003
* 生活保護費を受給中の方は、一部診断書の自己負担額が1,610円(税込)となる場合があります。			851-90241
保険会社又は共済組合等の様式による診断書	11,000円		851-90230
特殊証明書(自賠責診療報酬明細書等)	5,500円		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	13,200円		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		

文書の記載期間 (月単位で依頼する場合「日」は記載不要です)	年 月 日 ~ 年 月 日	【病院記載欄】 <input type="checkbox"/> 切手受領 <input type="checkbox"/> 封筒受領
備考 (委任状未提出の理由等)		

受取方法	<input type="checkbox"/> 窓口	受取予定日 年 月 日 * 受取りは平日8:30~16:30にお願いします。
	<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 簡易書留 (460円分の切手及び、長型3号以上の封筒をご用意ください) <input type="checkbox"/> 普通郵便 (110円分の切手及び、長型3号以上の封筒をご用意ください) * 上記の郵便料金を超過した場合は「不足分受取人払」にて郵送します。
支払方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 郵便振替 <input type="checkbox"/> コンビニ	

注意事項

- ・ 代理で申込また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(免許証等)」を確認させていただきます。
- ・ 文書作成には**4週間~6週間程度**かかります。また、内容によってはそれ以上のお時間をいただく場合がありますのでご了承ください。文書完成の確認は、下記の問合先へお尋ねください。
- ・ 受取りの際も本人確認が必要となります。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、請求書と共にお送りしますので、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:
------------------------------------	-----

【病院記載欄】

依頼日	年 月 日	文書完成日	年 月 日
依頼診療科		文書発送日	年 月 日
受付担当者 職種・氏名サイン		問合先	代表 ・ 直通 0172 - - <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 病棟 代表電話の場合 (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:
--------------------------	---------