

文 書 交 付 申 込 書

医療法人社団 守成会
広瀬病院 病院長 殿

ご依頼日 令和 年 月 日

※太線の中をご記入ください

患 者 様 情 報	お 名 前	(I D)
	生年月日	性 別
	明・大・昭・平 年 月 日	男・女
	電 話 (ご自宅) ()	—
	電 話 (携 帯) ()	—

依 頼 内 容	書類名 ☐ 診断書 (5,500 円)、 ☐ 生命保険診断書 (8,800 円) (税込) ☐ 障害年金診断書 (7,700 円)、 ☐ 臨床調査個人票 (7,700 円) ☐ 手帳交付診断書 (7,700 円) ☐ 自賠責診断書 (5,500 円)、 ☐ 自賠責明細書 (3,300 円) ☐ 証明書 (1,100 円) ☐ その他 ()
	記載期間 年 月 日 ~ 年 月 日
	特記事項

※依頼者が患者様ご本人の場合は記載不要です

依 頼 者 情 報	お 名 前	続 柄
	住 所 (郵送先) 〒	
	連絡先 (ご自宅) () (携 帯) ()	— —

受 取 方 法	☐ 本人、 ☐ 代理人 (引き換え No)
	☐ 窓口受取
	☐ レターパック (600 円)

記載後の連絡
☐ 要、 ☐ 不要
☐ 本人、 ☐ 代理人

※患者様ご本人以外によるお申込み・お渡しの際には委任状と身分証明書が必要です。

但し、患者様が未成年者で保護者手続きの場合は、委任状は不要です。

※患者様がお亡くなりになっている場合は、戸籍謄本等が必要です。

※文書作成後の申込取消はいたしかねます。(作成費用を頂戴いたします)

〈病院使用欄〉

〈文書受付処理〉

受付者 ／ _____

連絡者 ／ _____

会計入力者 ／ _____

最終処理者 ／ _____

特記事項

〈料金支払い〉

☐ 受付時支払

☐ お渡し時支払

☐ 振込（郵送時のみ）

☐ 支払いなし(特別な場合のみ)

☐ 入院費・訪問費と一緒に請求

医療法人社団 守成会
広瀬病院 病院長 殿

文書交付申込書にて依頼した文書を、確かに受け取りました。

令和 年 月 日

ご署名

〈証明書等貼付欄〉

委 任 状

医療法人社団 守成会
広瀬病院 病院長 殿

私は、下記の者を代理人と定め、診断書等の文書交付申込及び受取を委任いたします。

記

代理人氏名： _____

代理人住所： _____

電話(自宅・携帯)： _____

※代理人の方は、保険証・免許証等でご本人が確認できる身分証明書をお持ちください。

委任した日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者様氏名： _____ ⑩

患者様住所： _____

電話(自宅・携帯) _____

以上

※本状は委任した日から3カ月以内にお持ちください。

※本状は原本のみ有効です。