

文書申込兼受取書 (太枠内だけ記入して下さい。)

登録番号	<input type="text"/>	年	月	日	受付				
フリガナ									
患者氏名	(男・女)								
生年月日	年 月 日								
患者住所	TEL								
証明の期間	①	年	月	日	～	年	月	日	主治医
	②	年	月	日	～	年	月	日	
証明申込者						患者との関係			
連絡先	TEL								
受渡予定日	年 月 日					受付者			

- (1)傷病手当金請求書(初・再) (2)休業補償費請求書 (3)病院書式診断書
 (4)入院証明書(診断書) (5)金額証明書 (6)療養費同意書(マッサージ同意書)
 (7)その他()

文書 通 _____ 円

受取者	<input type="text"/>	担当	<input type="text"/>
-----	----------------------	----	----------------------

☆記入上必要事項 (1) (2)
☆個人情報保護法による確認 ●本人確認 済 ・ 未 ●委任状(同意書) 有 ・ 無 ●家族確認 済 ・ 未 ※委任状(同意書)は3カ月以内のもののみ有効

〈ご注意〉

- 文書受け取りの際は、この申込書と患者・受取者の身分証明書を必ず御持参下さい。
- 文書受け取りの際は、お電話いただくことを推奨いたします。
- 文書申込はキャンセルも可能ですが、既に作成が完了している場合は、文書料をお支払いいただきます。

大倉山記念病院

医事課

TEL 045-531-2546

文書受付・問合せ時間 月～金曜日 午前8:30～午後5:30

受渡し日	月	日	印
------	---	---	---