

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	<input type="checkbox"/> 診断書 (3,300 円)、 <input type="checkbox"/> 生命保険診断書 (7,700 円) <input type="checkbox"/> 障害年金診断書 (7,700 円)、 <input type="checkbox"/> 特定疾病診断書 (7,700 円) <input type="checkbox"/> 手帳交付診断書 (7,700 円) <input type="checkbox"/> 自賠責診断書 (5,500 円)、 <input type="checkbox"/> 自賠責明細書 (3,300 円) <input type="checkbox"/> 証明書 (1,100 円) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 本人、 <input type="checkbox"/> 代理人 (引き換え No)
	<input type="checkbox"/> 窓口受取
	<input type="checkbox"/> レターパック (520 円)

記載後の連絡
<input type="checkbox"/> 要、 <input type="checkbox"/> 不要
<input type="checkbox"/> 本人、 <input type="checkbox"/> 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 / _____
み)

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

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： _____ (印)

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。