

診断書等文書申込書・預り書

* 下記太枠内の記入をお願いします。

申込日： 令和 年 月 日

診療科名	科	担当医師名	医師
患者	診察券番号	生年月日	
	氏名	電話番号	() -
	住所		
申込者 (本人以外 の場合)	氏名	患者との関係	
	連絡先電話番号	() -	
受取り方法	<input type="checkbox"/> 窓口 ※本人または委任状に記載の代理人以外は受取りができません。 ※受取りには本書(写し)と身分証明書が必要となりますので、必ずご持参ください。 (代理人の方が受取る場合は、代理人の方の身分証明書が必要です。) ※お手数ですが、下記担当者宛に書類ができているかの電話確認をお願いします。 書類受付：(0545)81-2211(病院代表) <input type="checkbox"/> 郵送 ※文書郵送用封筒(切手を貼り、宛名を記載したもの)をご用意いただきます。 (切手代(簡易書留代)の目安：110円・350円(合計：460円))		

* 文書の種類及び証明期間をご記入ください。

文書名	必要 通数	各証明期間
診断書(病院所定) 192000 提出先 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> その他() 記載事項 <input type="checkbox"/> 入院期間 <input type="checkbox"/> 退院後の療養期間 <input type="checkbox"/> 病名 <input type="checkbox"/> その他()		年 月 日 ~ 年 月 日
証明書 191000		年 月 日 ~ 年 月 日
生命保険診断書(保険会社所定) 193000		年 月 日 ~ 年 月 日
障害年金診断書 100104		年 月 日 ~ 年 月 日
傷病手当金請求書 082015		年 月 日 ~ 年 月 日
診療情報提供書 13430		年 月 日 ~ 年 月 日
訪問看護指示書 014541		年 月 日 ~ 年 月 日
その他()		年 月 日 ~ 年 月 日
備考		

お渡し予定日	令和 年 月 日	文書料金	通 円
--------	----------	------	-----

※文書作成開始後のキャンセルはできません。

共立蒲原総合病院 書類受付：(0545)81-2211(代表)

2024.10.1