

文書申込書兼同意書

※受領のサイン以外の太枠線内を記載してください。

令和 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 号 番 号	性別 (男 ・ 女)	
	(フリガナ) 申 込 者	※患者本人の場合は記入はしません		電 話 番 号	
	申込者住所	〒 -			
	続柄	①患者本人 ・ ② ()		※本人確認資料(受付者が記載) <input type="checkbox"/> 免許証(写真入り) <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード <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"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他()	
	②の場合	委任状の 有 ・ 無			

申込書類区分	料金	必要部数
本院様式の診断書	3,300円 (税込)	
本院様式 以外 の診断書(生命保険・年金申請・手帳等)	5,500円 (税込)	
自立支援医療診断書	3,300円 (税込)	
銃所持診断書	5,500円 (税込)	
健康診断書	3,300円 (税込)	
証明書(入通院・オムツ・領収)	1,100円 (税込)	
その他() ※上記に準じた料金を適用		

各種料金に消費税を乗じた金額をお支払頂きます。

申込みする書類の記載期間	(月単位での依頼も可能。その場合は「日」の記載は不要) 平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日
備 考 (委任状未提出の理由等)	

(窓口受取の場合 受取時間: 平日9時00分~16時30分 土曜日: 9時00~11時30分)

受取方法	<input type="checkbox"/> 窓口受取	<input type="checkbox"/> 次回受診時	<input type="checkbox"/> 電話連絡希望	<input type="checkbox"/> 郵便受取 (別途切手が必要)	520円 ・ 370円	※受付者記載 <input type="checkbox"/> 切手受領
	<input type="checkbox"/> レターパック希望	<input type="checkbox"/> 普通郵便希望	94円 ・ 84円			

注意事項

- 代理で申込み又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、保険証等)」を確認させていただきます。
- ・文書作成にあたっては、**2週間~3週間程度**の日数をいただいております。なお、内容によりそれ以上かかる場合がありますのでご了承ください。書類完成の確認は下記問い合わせ先へお尋ねください。
- ・受取の際も身分証明書が必要となりますので、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、先に費用をお支払頂きます。
- ・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 :
------------------------------------	------

病院側記載

依 頼 日	令和 年 月 日	書 類 完 成 日	令和 年 月 日
依 頼 診 療 科		書 類 発 送 日	令和 年 月 日
受 付 担 当 者		問 合 せ 先	<input type="checkbox"/> 本館 048-464-5111
所 属 氏 名 サ ー ン		電 話 番 号	<input type="checkbox"/> 別館 048-464-6211

申込者側記載

私は、上記申込みをした文章について受領しました。	受領のサイン
--------------------------	--------