

書類等作成申込書

依頼する診断書・証明書等について、太枠内を記入し、この申込書のみ7番窓口にご提出ください。

ID (診察券番号)	—	—	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
患者氏名			生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日	
診療科	科		担当医 (わかれば)		
			<input type="checkbox"/> 入院分	<input type="checkbox"/> 外来分	
証明期間	年 月 日		～	年 月 日	
	年 月 日		～	年 月 日	
	年 月 日		～	年 月 日	
依頼文書	<input type="checkbox"/> 大学病院の用紙 枚【提出先: _____】				
	【記載を希望する内容: _____】				
	<input type="checkbox"/> 所定用紙 枚【提出先: _____】				
【記載を希望する内容: _____ / 通院日証明: 要・不要】					
<input type="checkbox"/> 領収証明 枚【使用目的: 償還払い・確定申告・その他(_____)】 (1通¥3,300/暦年ごと, 医科・歯科ごと)					
その他 (特記事項)					
依頼者	<input type="checkbox"/> 本人	4週間以内の 当院入院予定 <input type="checkbox"/> 有 : 入院時の 受取方法 (病棟受取 ・ 郵送) <input type="checkbox"/> 無			
	<input type="checkbox"/> 家族	氏名 _____ (続柄 _____)			
	<input type="checkbox"/> 本人・家族以外 ※委任状が必要です	(保険会社 ・ 社労士 ・ その他【 _____ 】) 【会社名: _____ 担当: _____ 内線: _____】			
電話番号 ※連絡のつきやすい 電話番号をご記入 ください	TEL	—	—		
<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 (留守電吹き込み <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)					

- 文書料金は、前払いになりますので、お申し込み時にお支払ください。なお、依頼者のご都合で、文書のお申込みを取り消された場合の文書料金はご返金できませんので、あらかじめご了承ください。
- お申し込み受付後のキャンセル、証明内容の変更及び修正はお受けできません。
- 書類等は、原則、出来上がり次第郵送(レターパック: 対面受け取り)でお渡しします。(送料は病院負担) また、出来上がりのご連絡はしておりませんので、あらかじめご了承ください。
- 記入いただいた個人情報は書類等作成のため使用します。
なお、詳しくは院内で掲示・配付している「患者さんにかかる個人情報の取扱について」をご覧ください。

医事担当記入欄

	コード	金額	枚数	計算
<input type="checkbox"/> 普通診断書	81238	¥3,300	枚	済・未
<input type="checkbox"/> 特殊診断書 特殊証明書	81240	¥6,600	枚	済・未
<input type="checkbox"/> 普通証明書	81241	¥3,300	枚	済・未
<input type="checkbox"/> 臨床調査個人票	81245	¥3,300	枚	済・未
<input type="checkbox"/> 傷病手当金	81301	100点	枚	済・未
<input type="checkbox"/> その他			枚	済・未
<input type="checkbox"/> 領収証明書	81236	¥0	枚	支払状況
		¥3,300	枚	済・未

郵送先: 登録住所 ・ 登録住所以外

記入日: . . .

受付病棟: . . .

記入者: . . .

内線: . . .