

診断書類等作成申込書

受付担当者

申込日 年 月 日

| | | | | |
|--------|--|--------------------|--|------------|
| 申込者氏名 | | 患者との関係 | | 委任状 有・無 |
| 携帯電話番号 | | 電話番号 (携帯ない場合のみ) | | |

| | | | | |
|--------|---------------|------|-------|-----|
| 患者診療番号 | | 主治医 | | |
| フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 | 男・女 |
| 患者氏名 | | | | |
| 患者住所 | 〒 - | | | |
| 証明の期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | |

書類種別 該当する書類のチェック欄に☑をして、依頼される枚数をご記入ください。

| 書類種別 | 枚数 | 診断書の提出先 | 使用目的 |
|--|----|---------|---------|
| <input type="checkbox"/> ① 診断書 (当院指定・その他) ※提出先、使用目的、必要内容等を右欄にご記入ください。 | | 通 | (連絡記載欄) |
| <input type="checkbox"/> ② 休業補償費請求書 | | | |
| <input type="checkbox"/> ③ 傷病手当金申請書 | | | |
| <input type="checkbox"/> ④ 入院証明書(診断書) | | | |
| <input type="checkbox"/> ⑤ 死亡診断書 | | | |
| <input type="checkbox"/> ⑥ 自賠責保険・明細書・診断書 (会社名:) | | | |
| <input type="checkbox"/> ⑦ その他() | | | |

書類受け取り方法 該当するものに☑してください。

| | |
|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | 郵送 |
| <input type="checkbox"/> | 窓口受取 |

ご注意ください

- ※ 書類完成の連絡は携帯電話に当院代表電話からのSMSにて通知しております。
- ※ 申し込み後のキャンセル・追記・訂正はできません。
- ※ 受取方法変更後の送料の返金はできません。
- ※ 医師の判断により証明できないことがあります。
- ※ 作成には通常2週間程度の時間が必要で、お渡しはそれ以後となります。診療科・診断書の内容によっては2週間以上の時間を必要とする場合があります。なお、受診が必要となる場合がありますので、ご了承ください。
- ※ 文書の申込者、受取者がご本人以外の場合(本人死亡時以外)は、本人の同意書を必ずご提出ください。又、患者様が未成年の場合は親権者の同意書が必要です。
- ※ 来院してお受け取りになる場合は、受け渡しの際に本人確認書類が必要となります。
- ※ 郵送でお受け取りの場合、別途レターパックプラスの料金がかかります。

お問合せ先(苑田第一病院)
〒121-0813
東京都足立区竹の塚4-1-12
TEL 03-3850-5721

お取り扱い時間
平日 9:00~16:30まで
(日祝、年末年始を除く)

| | |
|---------------------------------|-------|
| 受取日 | 年 月 日 |
| 受取サイン | |
| <input type="checkbox"/> 本人確認済 | 確認者 |
| <input type="checkbox"/> 同意書確認済 | |