

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	
メールアドレス	@		
住所	〒 -		
患者診療番号	連絡先	電話	- -
フリガナ	生年月日	年 月 日	男・女
患者氏名	証明の期間		年 月 日 ~ 年 月 日
		主治医	

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	通		
<input type="checkbox"/> ③ 傷病手当金申請書	通		
<input type="checkbox"/> ④ 入院証明書 (診断書)	通		
<input type="checkbox"/> ⑤ 死亡診断書	通		
<input type="checkbox"/> ⑥ 自賠責保険・明細書・診断書 (会社名:)	通		
<input type="checkbox"/> ⑦ その他 ()	通		

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

- ※ 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。
- ※ 書類完成の連絡はメールにて通知しております。
- ※ 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	