文書作成申込書

患者番号		ふりがな 患者氏名	
郵送先	住所 〒		
連絡先	（平日日中に連絡の取れる番号）		
上記情報と異なる場合記入	氏名 （患者さんご本人の場合は記入不要です）		
	住所 〒		
	連絡先	□自宅　□携帯　□勤務先　（　　）	
受渡方法	□普通郵便（無料）　□速達（有料）　□簡易書留（有料）　□その他（　　）		
依頼先診療科　・　担当医	科　・　医師		

書類の種類	数量	単価（税込）	証明期間等記載欄
生命保険会社診断書、証明書 ・ 傷病手当金意見書		□ 9, 900円 □13, 200円 □保険扱い	①　年　月　日　～　年　月　日　□入院 □通院 ②　年　月　日　～　年　月　日　□入院 □通院 ③　年　月　日　～　年　月　日　□入院 □通院
病院様式診断書・証明書 ※保険会社へ提出の場合は9,900円		□5,500円 □9,900円	書面に必要な内容 （提出先）　□ 職場　□ 学校　□ 警察 □ その他（　　）
指定難病・道単独事業　申請書		5,500円	
自立支援医療診断書		5,500円	□手帳の申請　□通院医療の申請　□手帳・通院医療の同時申請
身体障害者診断書・意見書		5,500円	
訪問・通所リハビリテーション情報提供書		保険扱い	施設名称　（　　）
健康診断書		5,500円	
その他（　　）			

※文書料金は、ご依頼時にお支払い頂きます。支払確認ができない場合は郵送致しかねます。
※文書の作成には、受付後概ね1ヶ月のお時間を頂いております。（問合先：医事課）
※普通郵便発送後のトラブル等について、当院は一切の責任を負いかねます。
※文書作成後のキャンセルについては、文書料の返金は致しかねますのでご了承願います。
※窓口受渡について、書類作成後1年を経過しても受領がない場合は処分させて頂きます。

説明者

□　上記について説明を受け、文書料金の支払い、受渡方法について同意します。

年　　月　　日　　本人氏名

代理人氏名

【代理人方】　□ 親権者　□ 代理人（ 続柄：　　）

※代理人の方は、記載事項を確認できる身分証明書の提示をお願いします。
□運転免許証　□マイナンバーカード　□保険証　□その他（　　）

【受領署名欄】

年　　月　　日　　受取者：　　（続柄：　　）

北見赤十字病院　（R6年9月改正）