

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 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 ()		
受渡方法	<input type="checkbox"/> 普通郵便(無料) <input type="checkbox"/> 速達(有料) <input type="checkbox"/> 簡易書留(有料) <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 10,230円	① 年 月 日 ～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院
		<input type="checkbox"/> 13,530円	② 年 月 日 ～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院
		<input type="checkbox"/> 保険扱い	③ 年 月 日 ～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院
病院様式診断書・証明書 ※保険会社へ提出の場合は10,230円		<input type="checkbox"/> 5,830円	書面に必要な内容 (提出先) <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> その他 ()
		<input type="checkbox"/> 10,230円	
指定難病・道単独事業 申請書		5,830円	
自立支援医療診断書		5,830円	<input type="checkbox"/> 手帳の申請 <input type="checkbox"/> 通院医療の申請 <input type="checkbox"/> 手帳・通院医療の同時申請
身体障害者診断書・意見書		5,830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		5,830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。(問合せ: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いただきます。

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:)