

文書申込書

令和 年 月 日

患者さん (本人)	住所			
	フリガナ			診察券番号
	氏名			—
	生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年	月
診療科	科	主治医	医師	
申込者 (窓口に来た方)	続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者、父母、子、その他 ()		
	住所	<input type="checkbox"/> 本人に同じ		
	フリガナ	<input type="checkbox"/> 本人に同じ		
	氏名			
	電話番号			
◎ 委任状 ※本人以外の方が代わって申し込む場合は、必ず記入してください 上記の者に、文書の申し込み、受け取りを委任します。				
令和 年 月 日 患者氏名 印				
※代筆の場合 本人の自署が困難なため委任状を代理で記入し、一切の責任を負います。 理由 <input type="checkbox"/> 身体上の状況による <input type="checkbox"/> その他 () 代筆者氏名 印 (続柄)				

何が必要ですか	1. 入院・通院証明	通	保険会社 例) 郵便局、○○生命
	2. 診断書(病院様式)	通	入院期間
	3. 傷病手当金請求書	通	年 月 日から
	4. 身障者診断書意見書	通	年 月 日まで
	5. 死亡診断書	通	証明の必要な期間(入院期間と同じ場合は記入不要)
	6. 支払い証明書	通	年 月 日から
	7. 学校保険	通	年 月 日まで
	()年()月分		
	8. 公費	通	入院の場合の手術
	()		あり ・ なし
	9. 診療情報提供書	通	用意できたときの連絡 要 ・ 不要
施設名()		<input type="checkbox"/> 申込者の電話番号	
10. 訪問看護指示書	通	<input type="checkbox"/> その他() —	
11. その他	通	(留守番電話 可 ・ 不可)	
()			
備考			

処理状況	受付	医師提出	電話連絡	お渡し・郵送	(受取り署名)	申込者との関係
	/	/	/	/		

料金お伝え 済 ・ 未

No. _____

岡谷市民病院 医事課 -7.12 改定-

- 確認
1点
免許証
マイナンバー
パスポート
障害者手帳
在留カード
- 2点
資格確認書
介護保険証
福祉受給者証
年金手帳
通帳
診察券
その他()

- お持ち頂く物
委任状
身分証
印鑑