

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 日
	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 <div><input type="checkbox"/>配偶者、父母、子、その他 ()</div>		
	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				
<p>◎ 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</p> <p>※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)</p>				

- 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 ()

何が 必要で すか	1. 入 院 ・ 通 院 証 明 通	保険会社 例) 郵便局、〇〇生命				
	2. 診断書 (病院様式) 通					
	3. 傷病手当金請求書 通	入院期間				
	4. 身障者診断書意見書 通	年 月 日から				
	5. 死 亡 診 断 書 通	年 月 日まで				
	6. 支 払 い 証 明 書 通	証明の必要な期間 (入院期間と同じ場合は記入不要)				
	7. 学 校 保 険 通	年 月 日から				
	() 年 () 月分	年 月 日まで				
	8. 公 費 () 通	入院の場合の手術 あり ・ なし				
	9. 診療情報提供書 施設名 () 通	用意できたときの連絡 要 ・ 不要 <input type="checkbox"/> 申込者の電話番号 <input type="checkbox"/> その他 () — (留守番電話 可 ・ 不可)				
	10. 訪問看護指示書 通					
11. そ の 他 通	受け取り方法 来院 ・ 郵送 (料金 済 ・ 未)					
()						
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
	/	/	/	/		

- お持ち頂く物
☐委任状
☐身分証
☐印鑑
☐