

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 <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			
	氏名	<input type="checkbox"/> 本人に同じ		
	電話番号	()	—	
◎ 承諾書 ※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 上記の者がこの文書について申し込み、受け取ることを承諾します。 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承諾書を代理で記入し、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)				

確認
免許証
保険証
その他

何が 必要で すか	1. 入院証明書	通	保険会社 例) 郵便局、〇〇生命
	2. 通院証明書	通	
	3. 診断書 ()	通	入院期間
	4. 傷病手当金請求書	通	年 月 日から
	5. 出生手当金証明書	通	年 月 日まで
	6. 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)
	7. 支払い証明書	通	年 月 日から
	8. 学校保険 ()年 ()月分	通	年 月 日まで
	9. 公費 ()	通	入院の場合の手術 あり ・ なし
	10. 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 () —
	11. その他 ()	通	(留守番電話 可 ・ 不可) 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)
	/	/	/	/	

料金お伝え 済 ・ 未

No. _____

岡谷市民病院 医事課 -29.5. 改定-