

# 文書交付申請書（診断書等）

ID: \_\_\_\_\_

| 受付担当者 | 算定担当者 | 支払状況 | 連絡 | お渡し |
|-------|-------|------|----|-----|
|       |       |      |    |     |

同仁病院院長 殿

診療科( \_\_\_\_\_ 科) ・ 主治医( \_\_\_\_\_ ) 外来 ・ 入院(A ・ B ・ ゆい)

☆太枠内をご記入ください。

申請日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

|  |
|--|
| フリガナ: _____  |
| 患者様氏名: _____ 生年月日: (M T S H _____ 年 _____ 月 _____ 日) |
| 連絡先電話番号: ( _____ - _____ ) 携帯: ( _____ - _____ )     |
| 申請者氏名: _____ (続柄: 患者様ご本人の _____)                     |
| 連絡先電話番号: ( _____ - _____ ) 携帯: ( _____ - _____ )     |
| ※但し、申請者が患者様ご本人の場合は、申請者欄の記載は不要です。                     |

## <注 意>

1. 代理申請及び代理受け取りの場合は、患者様との続柄確認の為、免許証・保険証等の提示をお願いしておりますので、あらかじめご了承ください。
2. 提出されました文書記載内容によっては、完成予定日を超える場合がありますので、あらかじめご了承ください。
3. お預かりしました文書は、完成次第に担当者よりご連絡させていただきます。

1. 各文書書類等の発行料金については、直接来院されるか、お電話でお問い合わせください。

※証明期間:(外来) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※証明期間:(入院) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

☆文書完成予定は、( 1週間後 ・ 3週間後 ) 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日( )

受取者氏名: \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_) ※確認:(免許証・保険証・その他)

※電話でのお問い合わせは、水曜・日曜・祝日以外の午後2時~5時半までをお願いします。