

文書申込書

- 申込者渡し
- 病院控え
- アリバイ用

申し込み日 年 月 日

申込者		患者との関係	本人・他()	ID
フリガナ		生 年 月 日		本人確認 確認
患者氏名		T・S・H・R 年 月 日		未・済 月 日
患者住所	〒 -			同意書 確認
				有・無 月 日
連絡先	①	②		受渡し予定日 月 日
証明期間	年 月 日から	担当医師	先生	TEL希望・郵送希望
	年 月 日まで			

- 病院発行診断書(提出先) 紹介状(紹介先)
- 傷病手当金請求書 休業補償請求書
- 入院証明書・診断書 自賠責診断書・明細書
- 医療等の状況(安全会) 死亡診断書(直筆・コピー)
- 身体障害者診断書 (所定用紙 有・無)
- 後遺障害診断書 その他()
- 照会書(回答書)

- ・上の太枠内のみご記入下さい。(証明期間は必ずご記入ください)
- ・受取時には必ずこの控えをお持ち下さい。控えがないとお渡しできない場合がございます。
- ・郵送を希望される場合には別途郵送料を頂きます。
(尚、郵送等に関する事故については、一切責任を負いかねます。)
- ・本人以外の申し込み、受け渡しの場合は同意書が必要です。
- ・受渡し予定日は医師の都合により変更になる場合がございます。
- ・書類の種類・内容によっては、受診・測定に来て頂く場合がございます。
- ・文書記入後6ヶ月経過し受け取りが無い場合は処分させていただきます。
(再度お申し込み頂いた場合、料金が発生致しますのでご了承下さい。)
- ・一度発行した診断書の返金は致しかねますのであらかじめご了承下さい。
- ・申し込み時に希望がない限り書類出来上がり時の電話連絡は行っておりませんので、受け渡し予定日以降に当院へお越し下さい。
受け渡し予定日に書類がお渡し出来ない場合は、受け渡し予定日の前日までに電話にてご連絡をさせていただきます。

上記内容にご了承頂けましたらご署名をお願いします。ご署名

備考		計)	通	領収印	受付者
		診断書代			
		消費税			
		合計			

〒574-0074 大阪府大東市谷川2丁目10番50号
 医療法人徳洲会 野崎徳洲会病院
 電話 072-874-1641
 文書係

