

文書申込書兼自費負担同意書(郵送受取用)

		年		月		日		受付
ID (診察券番号)		生年月日	大 昭 平 令	年	月	日		
患者氏名	フリガナ	連絡先	自宅 ・ 携帯 ・ 会社 ・ その他					
住所	〒 -		()					

申込者(患者さんご本人の場合は記入不要です)

申込者	フリガナ	患者との続柄	家族 ()	身分証明をご提示下さい
			第三者 ()	委任状が必要です
送付先	〒 -	上記住所と同じ場合は記入不要です。		

ご依頼内容

診療科・病棟	科	病棟	担当医師	医師
文書の種類	部数	単価(税込)	証明期間等 証明が必要な期間・手術・内容を記載下さい	
生命保険会社診断書		5,500円	入院期間1	年 月 日 ~ 年 月 日
保 険 会 社 名	1		入院期間2	年 月 日 ~ 年 月 日
	2		入院期間3	年 月 日 ~ 年 月 日
	3		通院期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	4		手術日(手術名)	年 月 日 ()
		円	証明期間	年 月 日 ~ 年 月 日

【備考欄】

その他、文書に関して連絡したい事項等をご記入下さい。

領収済 郵送日 /

受付担当者

会計担当者

文書預かり書

		年		月		日		受付
ID (診察券番号)		診療科	科					
患者氏名		数量	通					

下記の内容に了承し、申込いたします。

- ・ 申込者の都合によるキャンセル、内容の変更・返金はできません。
- ・ 文書の作成には、2週間から4週間かかる場合があります。
- ・ 文書ができあがりましたら、窓口受取の方は電話で連絡いたします。郵送受取の方は郵送いたします。
- ・ 複数の診療科をまたぐ場合は、それぞれの科ごとに文書を作成し証明いたしますので、文書料金が科ごとにかかりま
- ・ 電子化による書類を作成しているため、お預かりした用紙とは別の用紙に記載する場合がありますが、提出先には両方お渡しく
- ・ 窓口受取の方は、本書を文書管理センターへ提示ください。
- ・ 郵送の方は、お受け取りが済むまで本書を保管ください。

お問い合わせ先: 砂川市立病院 文書管理センター TEL 0125-54-2131