

文書作成申込書（兼同意書）

令和 年 月 日

ID番号

私は、診断書等の作成を新上三川病院に同意すると共に申し込みします。

患者様 氏名
(委任者) 連絡先の電話番号

＊本人以外の方が申請する場合は下記の委任欄に署名してください。

私（委任者）は、診断書等の作成に関し次の者に申請及び受領の一切を委任します。

受任者 住所
氏名 患者様との関係（ ）
電話番号

■受取り方法 希望する項目にチェックを入れて下さい。

☐窓口受取り(9:00～17:00)

☐郵送受取り

(送付時の電話連絡: 要・不要)

※郵送希望の場合は、あらかじめ切手を貼った返信用封筒をご用意下さい。

■依頼内容 該当する項目にチェックや数字を記入して下さい。

記載期間: 平成・令和 年 月 日 ～ 平成・令和 年 月 日分

数量	書類名
() 通	☐ 保険会社提出の診断書
() 通	☐ 傷病手当金支給申請書
() 通	☐ 普通診断書(学校・職場・警察)
() 通	☐ 臨床調査個人票
() 通	☐ 後遺障害診断書
() 通	☐ 休業補償給付支給請求書
() 通	☐ 医療等の状況
() 通	☐ その他()
() 通	☐ その他()

取扱い者

キ リ ト リ 線

お預かり書類引換え券

ID番号

患者様氏名 様

ご注意

＊書類が出来上がり次第、ご連絡差し上げます。

＊お預かりしました書類をお渡しするときに、この引換え券を受付にお出してください。

受付日 令和 年 月 日

一般社団法人巨樹の会

新上三川病院 電話 0285-56-7111

取扱い者