

申込書記入例

- ① …申込日をご記入下さい。
- ② …患者様のお名前と、電話番号をご記入下さい。
- ③ …申し込まれる方が患者様以外の場合や、書類を受け取りに来るのが患者様以外の場合にご記入下さい。
- ④ …ご希望の受取り方法に、チェックを入れて下さい。
郵送受取り希望の場合は、切手を貼った返信用封筒をご用意下さい。
- ⑤ …いつからいつの分の証明が必要か、期間をご記入下さい。
原則として、申込日以降のお日にち分の内容は記入ができません。
証明が必要な期間が過ぎた後にお申し込み下さい。
(受付できない例: 申込日が7/20で、7/1～7/31の期間分の傷病手当金支給申請書が欲しい など)
入院中の方は、書類をお預かりできる場合もあるのでご相談下さい。
- ⑥ …書類の種類と、数量をご記入下さい。
- ⑦ …患者様のお名前をご記入下さい。
- ⑧ …申込日(今日のお日にち)をご記入下さい。

電話不要の方以外は、書類が出来上がり次第、ご連絡を差し上げます。

文書作成申込書 (兼同意書)

①	令和 5年 8月 14日	ID番号 (職員記入)																						
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。																								
②	患者様 (委任者) 氏名 新上三川 太郎 連絡先の電話番号 090-***-****																							
* 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。																								
③	受任者 住所 氏名 患者様との関係 () 電話番号																							
④	■ 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。																								
⑤	記載期間: 平成 令和 5年 7月 3日 ～ 平成 令和 5年 8月 10日分																							
⑥	<table><thead><tr><th>数量</th><th>書類名</th></tr></thead><tbody><tr><td>(1) 通</td><td>☒ 保険会社提出の診断書</td></tr><tr><td>() 通</td><td>☐ 傷病手当金支給申請書</td></tr><tr><td>() 通</td><td>☐ 普通診断書 (学校・職場・警察)</td></tr><tr><td>() 通</td><td>☐ 臨床調査個人票</td></tr><tr><td>() 通</td><td>☐ 後遺障害診断書</td></tr><tr><td>() 通</td><td>☐ 休業補償給付支給請求書</td></tr><tr><td>() 通</td><td>☐ 医療等の状況</td></tr><tr><td>() 通</td><td>☐ その他 ()</td></tr><tr><td>() 通</td><td>☐ その他 ()</td></tr></tbody></table>	数量	書類名	(1) 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 ()	<table><tr><td>取扱いは者</td></tr><tr><td>(職員記入)</td></tr></table>	取扱いは者	(職員記入)
数量	書類名																							
(1) 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 ()																							
取扱いは者																								
(職員記入)																								

キ リ ト リ 線

お預かり書類引換え券

⑦	患者様氏名 新上三川 太郎 様	ID番号 (職員記入)
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。		
⑧	受付日 令和 5年 8月 14日	取扱いは者 (職員記入)
一般社団法人巨樹の会 新上三川病院 電話 0285-56-7111		