

診断書・証明書等交付申請書

1枚目

※太枠内をご記入ください。

患者	フリガナ		ID番号	
	患者氏名	男・女	生年月日	年 月 日
	住所	〒 -		
	連絡先	(携帯) - - □ SMS(ショートメール)不可 (自宅) - -		
申込者	☐ 患者本人 ☐ 患者家族 患者との続柄 () ☐ その他 ※委任状が必要です。 患者との関係 ()			
	フリガナ		患者本人以外の申込の場合は、申込者の氏名・住所・連絡先をご記入ください。	
	申込者氏名			
	住所	〒 -		
	連絡先	(携帯) - - □ SMS(ショートメール)不可 (自宅) - -		
受取方法	原則、郵送による交付とさせていただきます。ご希望により窓口での交付も承ります。 ☐ 郵送 (レターパックライト) ☐ 患者住所 ※保険適用書類及び文書料金のご負担がない書類につきましては、 ☐ 申込者住所 郵送料 (430円) をご負担いただきます。 ☐ 窓口			

文書窓口では、SMS（ショートメール）による連絡システムを導入しております。

SMS（ショートメール）によるご連絡を希望されない場合は、連絡先欄の「SMS(ショートメール)不可」にチェックをお願いいたします。ただし、SMS(ショートメール)によるご連絡を希望された場合でも、電話でのご連絡となる場合がございますので、あらかじめご了承ください。

※2枚目にご依頼の診断書・証明書等についてご記入ください。

----- 病院記入欄 -----

確認書類	診察券・本人確認書類・委任状・戸籍謄本等・保険証等・ ()					
支払	未・済・口振・天引き・なし (医事課連絡 済 ())					
受付方法	窓口・郵送		通数・料金	11,000	円 × 通	
交付方法	窓口・郵送 (レターパック・持参)			8,250	円 × 通	
出来次第TEL	不要・要 ()			6,050	円 × 通	
受付	算定	交付予定日		作成期限	2,750	円 × 通
						円 × 通
						円 × 通
				430円(レターパック)	× 通	
				計	通 円	
				受取者氏名 (続柄)		

