

# 書類引換票

\*太枠内のみご記入ください。

<記入例>

|          |                       |               |  |
|----------|-----------------------|---------------|--|
| 申込日      | 20△△年 ○○月 □□日         |               |  |
| 患者名      | 健和 太郎                 | (ID 01234567) | 外来・入院中 (●●階)   |
| 生年月日     | S△△年 ○○月 □□日          | 主治医           | ○○先生   |
| 昼間の連絡先   | 【健和 花子】宛<br>080-○○○○- | 連絡            | <input checked="" type="checkbox"/> 要 ( <input checked="" type="checkbox"/> 留守電可 ) <input type="checkbox"/> 不要   |
| 申込に来られた方 | 健和 花子                 | 本人との関係        | <input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |

下記をお読みいただき☑をお願いします。

- 書類料金については、一部を除きすべて前払いとなります。
- 患者様のご都合によるキャンセルおよび返金はいたしません。  
(ただし医師の判断により文書の作成が出来ない場合は、領収した料金を全額返金いたします。)
- 文書作成にあたっては2週間程度(休診日除く)の日数をいただいております。  
なお、内容によってはやむを得ずそれ以上かかる場合もございますのでご了承ください。
- お受け取りの際はこの票と身分証を⑦番受付へご提出ください。(平日9:00~16:00)
- 郵送をご希望の方は受付時にレターパックをご用意ください。(1階売店にあります)
- お預かりは申込日より6ヶ月とさせていただきます、受け取りがない場合は廃棄させていただきます。  
(この場合、前払いしていただいた料金の返金はいたしません。)

|             |                 |                 |                 |
|-------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 診断書(学校・会社用) | 通               | 診断書(警察・裁判所等提出用) | 通               |
| 傷病手当金申請書    | 通               | 生命保険等診断書        | 1通              |
| 厚生・国民年金診断書  | 通               |                 | 通               |
| 身体障害者診断書( ) | 通               |                 | 通               |
| 入院期間        | ① 年 月 日 ~ 年 月 日 | 証明期間            | ① 年 月 日 ~ 年 月 日 |
|             | ② 年 月 日 ~ 年 月 日 |                 | ② 年 月 日 ~ 年 月 日 |

↑ 入院期間を記入して下さい。(複数ある場合は分けて記入して下さい。) ↑ 文書の証明期間を記入して下さい。(複数ある場合は分けて記入して下さい。)

## 書類の受け取りが代理人の場合は受け取り時に下記をご用意ください。

- ・本人が署名捺印した委任状(別紙でも可)
- ・代理人の身分証明書(公的な機関が発行したもの、診察券・個人番号通知カードは不可)

※郵送での申し込み※本人以外を受取り時に記載 **委任状**

私は、**健和 花子** を代理人と定め書類の受領に関する権限を委任します。

本人署名・捺印 **健和 太郎** 印

## 委任状がない場合は本人以外に書類はお渡し出来ません。

但し、本人が死亡または意思表示が出来ない場合は委任状に変わり下記の書類が必要です。

- ・本人の状態を示す診断書等(当院で死亡した場合は不要)
- ・本人と受け取りに来られた方の関係がわかる戸籍謄本等(三親等まで)  
(生命保険等診断書の場合は代理人が保険金受取人であることがわかる書類でも可(コピーでも可))

## 受領証

私、\_\_\_\_\_ は上記の書類を間違いなく受け取りました。

年 月 日

備考 ※郵送での申し込み

郵送に☑し、記載内容(証明期間等)(連絡先)(送付先住所)を記入

郵送希望 記載: 入院 通院