

書類依頼・受け渡し書

太線の中をご記入ください

依頼日 年 月 日

患者さんの情報	診察券番号	—	×	記入担当医師名	
	氏名				
	生年月日	年	月		日
書類の種類	1. 生命保険診断書 2. 自賠責保険診断書 3. 公的書類診断書 4. 傷病手当金支給申請書 5. 病院書式診断書 6. 診療情報提供書 7. 労災（ 号 / 休業補償 ）診断書 8. その他（ ） *一部のものを除き書類作成には料金がかかります 計 通				
本人以外の申請の場合	申請者氏名 _____ 患者との関係 _____ 委任状の提出 （委任状がない場合、発行ができませんのでご了承ください） <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 提出済み <input type="checkbox"/> なし（受取り時には持参します）				
出来上がり連絡及び内容の問合せ先	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 上記記載の本人以外の申請者 日中のご連絡先 ① _____ / ② _____ 留守番電話 残す / 残さない				
記入についての要望	*証明する期間（分かる範囲でご記入ください） <input type="checkbox"/> 外来 年 月 日から 年 月 日 通院実日数 _____ 日 <input type="checkbox"/> 入院 年 月 日から 年 月 日 入院実日数 _____ 日 *その他				

<担当者記入欄>

受取り方法及び出来上がり予定	<input type="checkbox"/> 預かり部署（ ） <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他（ 日後予定）	受け渡し チェック	年 月 日 担当者： 窓口 / 発送
引き渡し者確認	受け渡し書控え 有 / 無 : 免許証・パスポート・戸籍謄本・保険証		

預り書(患者様控)

依頼日 年 月 日

診察券番号	—	×	お預かり部署 お問い合わせ先	_____外来 / _____病棟	
患者氏名				お預かり担当者：	
書類の種類 (○で囲む)	1. 2. 3. 4.	計		_____通	電話：03-3964-1211(代表) 内線 _____

書類をお受け取りになる時には、必ずご持参ください