

文 書 申 込 書

作成日 2025年6月

5東	5西	6階	外来
----	----	----	----

申込年月日 令和 年 月 日

■患者様のお名前

フリガナ	患者番号	生年月日	明・大・昭・平・令
氏名		年	月 日生
住所			

■お申込みに来られた方についてご記入下さい。

フリガナ	連絡先	TEL ()
氏名		携帯
患者様との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 夫、妻 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟、姉妹 <input type="checkbox"/> その他()	
依頼目的		

★個人情報保護法により、当院でも個人情報の適切な管理に努めております。

お申込者・お受取人さま本人であることを確認するために、公的証明書(運転免許証・健康保険証等)をご提示頂き、ご本人様確認をさせていただく場合があります。文書種類【9】申し込みの場合は不要とします。

★郵送希望の場合は、封筒に郵送先(ご本人または申込者に限る)を記入し、切手を貼って申し込みください。

《病院処理欄》

身分確認 ☐運転免許証 ☐健康保険証
☐その他[]

連 絡	月 日 連絡
郵 送	月 日 郵送

取扱者	
-----	--

受取人氏名	
受取年月日	令和 年 月 日
備 考	

■文書の種類をご記入ください。

	金額(税抜)	件数	証明期間・その他
1 診断書(病院所定用紙)	1,000円	件	
2 生命保険等診断書 肢体 言語	3,000円	件	
3 身体障害者診断書・意見書 肢体 言語	4,000円	件	
4 障害年金診断書 肢体 言語	4,000円	件	
5 傷病手当証明書	100～300円	件	
6 おむつ使用証明書	1,000円	件	
7 指定難病更新申請書	3,000円	件	
8 その他 []		件	
9 既存文書情報提供 (連携先にて文書記載目的)	主治医意見書・身障診断 障害年金診・その他 ()	<input type="checkbox"/> 医師確認 <input type="checkbox"/> FAX済 年 月 日	

■文書作成には、1～2週間かかりますのでご了承下さい。

■受診又は計測が必要な文書の場合は、受診計測後1～2週間かかります。

病院使用欄

◆入院暦 【 】

受診	受診日	時間	担当医
要 不要			

計測	計測日	時間
要 不要		

連絡

◆申込後2部コピー(申込者控えとして渡す・文書依頼ファイルに貼付) ◆原本は事務所保管