

※赤字部分は必ずご記入ください

書類等作成申込書

依頼する診断書・証明書等について、太枠内を記入し、この申込書のみ7番窓口にご提出ください。

| | | | |
|---|--|---|--|
| ID (診察券番号) | 14 - 3 4 5 6 7 - 8 | 性別 | <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 患者氏名 | 広 大 太 郎 | 生年月日 | M・T・S・H・R ○年 ○月 ○日 |
| 診療科 | △ △ △ △ 科 | 担当医 (わかれば) | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 入院分 | | <input type="checkbox"/> 外来分 | |
| 証明期間 | □年 □月 □日 ~ □年 □月 □日 | | |
| | 証明が必要な期間をご記入ください | | |
| | | | |
| 依頼文書 | 「領収証明書」にチェックし、「枚数」及び「使用目的」をご記入ください | | |
| | <input type="checkbox"/> | | |
| その他 (特記事項) | 4週間以内の入院予定は記入不要です。 (病棟受取不可, 原則郵送します。窓口受取は7番のみ可) | | |
| 依頼者 | <input checked="" type="checkbox"/> 本人 | 4週間以内の入院予定 <input type="checkbox"/> 有 : 入院時の受取方法 (病棟受取・郵送) <input type="checkbox"/> 無 | |
| | <input type="checkbox"/> 家族 | (続柄) | |
| | 該当する欄にチェックしてください。 本人以外の場合は申込来院者の氏名等をご記入ください。 | | |
| 電話番号 | TEL | - | |
| | <input type="checkbox"/> 携帯 | 繋がり易い電話番号をご記入ください | |

医事担当記入欄

| | コード | 金額 | 枚数 | 計算 |
|---|-------|----|----|----|
| <input type="checkbox"/> 普通診断書 | 81238 | | 枚 | |
| <input type="checkbox"/> 特殊診断書 特殊証明書 | 81240 | | 枚 | |
| <input type="checkbox"/> 普通証明書 | 81241 | | 枚 | |
| <input type="checkbox"/> | 81245 | | 枚 | |
| <input type="checkbox"/> 傷病手当金 | 81301 | | 枚 | |
| <input type="checkbox"/> その他 | | | 枚 | |
| <input type="checkbox"/> 領収証明書 | 81236 | | 枚 | |

郵送先：登録住所・登録住所以外