

書類申込書

◆1～5の項目を記入し、所定用紙がある方は、一緒に提出してください。◆

1	フリガナ 患者氏名() 患者番号()					
	生年月日	M T S H	年	月	日	
2	申込に 来院さ れた方	1. 本人 2. ご家族(氏名 続柄:) 3. 代理人(氏名) ※代理人の方の申請は、患者さまご本人の委任状等が必要となります				
◎8:30～17:00(時間指定も可)で必ず連絡が取れる連絡先をご記入ください。						
3	連絡先 ①	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他() 電話番号				
	連絡先 ②	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他() 電話番号				
4	診療科()		主治医名()			
5	書類種類	1. 生命保険等請求用の診断書・入院(通院)証明書 2. 診断書 3. 装具診断書 <small>(領収書添付が必要です)</small> 4. 身体障害者診断書 5. 出産育児手当金 6. 傷病手当 7. その他()				
	必要枚数	枚	*複数の入院期間や診療科がある場合は、1枚では作成できない場合があります			
	期間(入院等)①	H	年	月	日	～ 年 月 日
	期間(入院等)②	H	年	月	日	～ 年 月 日

- ◎書類料は書類の種類により異なります。詳しくは申込時にお問合せください。
- ◎提出書類ではなく、病院書式で作成した書類でお渡しすることもあります。
- ◎個人情報、書類作成のみに使用し、他の目的で使用することはありません。