

文書申込書

*太枠の中のみ記入してください。

カルテNo.				年 月 日 受付
フリガナ		男・女	現在外来通院中 / 現在入院中(2階・3階)	
患者氏名				
生年月日	年 月 日			
患者住所	TEL 【留守番電話への伝言 可・否】			
保険の種類	健康保険(本人・家族) 国保・後期・労災・公傷・自賠責(交通事故)・自費			
証明の期間	年 月 日～	年 月 日	主治医	
	・入院のみ ・外来のみ ・入外両方			
	*三愛病院のみ *三愛クリニックのみ *リハビリホスピタルのみ *全て			
申込者		患者の同意	有 ・ 無	
患者との関係				
連絡先名称	TEL			
<p>《 個人情報の利用目的追加諾否通知 》下記のとおり追加する旨の通知を受けました。 ※ この文書申込書にて依頼した内容について、その提出先より問合せ等があった場合、情報を提供すること。 上記の利用目的の追加につき、私は下記のとおり回答します。 利用目的の追加に (同意します ・ 同意しません) 年 月 日 患者本人(自署)</p>				
受渡予定日	年 月 日	受付者		

書式	費用(税込)
<input type="checkbox"/> 傷病手当金請求書	通 円
<input type="checkbox"/> 休業補償費請求書	通 円
<input type="checkbox"/> 診断書(当院所定・その他)	通 円
<input type="checkbox"/> 入院証明書(診断書)	通 円
<input type="checkbox"/> 通院証明書(診断書)	通 円
<input type="checkbox"/> 死亡診断書	通 円
<input type="checkbox"/> 自賠責保険・明細書・診断書	通 円
<input type="checkbox"/> 日本体育・学校健康センターの災害共済給付にかかる証明書	通 円
<input type="checkbox"/> その他 ()	通 円

文書料	通	円
郵送料	普・速	円
合計		円

入金 : 入金済 ・ 未収 ・ 入院費に含む

*記入上必要事項

受領者署名

受渡し日 ・ 郵送日
月 日 担当者