

書類/画像コピー申込書

患者	フリガナ		患者番号			
	氏名		生年月日	大・昭・平・令	年	月 日 (歳)
	住所	〒				
依頼内容	書類	<input type="checkbox"/> 身体障害者に関する書類		3,300円 (税込)	件	
		<input type="checkbox"/> 公費制度申請に関する書類		2,200円 (税込)	件	
		<input type="checkbox"/> 生命保険等の受給に関する診断書		7,700円 (税込)	件	
		<input type="checkbox"/> 障害基礎年金(障害認定)の受給に関する書類	診断書	4,400円 (税込)	件	
			受診状況等証明書	2,200円 (税込)	件	
		<input type="checkbox"/> 上記以外の診断書又は証明書 使用目的 ()	院内所定様式	2,750円 (税込)	件	
	その他 (原本証明 ・ 簡易なもの ・ 上記以外)		円 (税込)	件		
	その他	<input type="checkbox"/> 傷病手当金支給申請書		保険点数	件	
		<input type="checkbox"/> 画像コピー(DVD)		1,650円 (税込)	件	
		<input type="checkbox"/> 領収証明書(暦年毎) 使用目的：医療費控除・医療費返還(申請先：)・その他()		2,750円 (税込)	件	
期間	平成・令和	年 月 日	～	平成・令和	年 月 日	
	平成・令和	年 月 日	～	平成・令和	年 月 日	
備考						

- 注意事項**

 - ① 書類のお渡しまでは、通常2～3週間程度かかります。なお、年末年始や長期の連休をはさむ場合などは、通常よりお時間をいただいております。
 - ② お申し込み後の記載内容の変更は出来かねます。また、書類お受け取り後に記載内容の訂正及び取消は対応いたしかねますので改めてお申し込みください。その際は、別途料金が必要です。
 - ③ 書類等が出来次第ご連絡いたしますが、その後3ヶ月以上お受け取りがない場合は、お受け取りの意志がないものとみなし、書類のお申し込みは無効とさせていただきます。
 - ④ 患者さまご本人以外の方がお申し込みされる場合は、「委任状」が必要です。但し、患者さまが未成年のため、保護者の方が手続きされる場合は、不要です。
 - ⑤ 返信用封筒に診断書と請求書を同封して返送いたしますので必ず期日までにお支払いをお願いいたします。

上記内容及び注意事項①～⑤について同意の上、申し込みます。

令和 年 月 日

申込者氏名 (続柄)

連絡先(TEL) 連絡希望時間帯()

【病院記載欄】

診療科	科 (担当医:)				診療科	科 (担当医:)				
項目	受付	スキャン	連絡	計算	支払い	交付	MEMO			
	身分証明() 委任状/戸籍等					身分証明() 委任状/戸籍等				
日付										
担当者										

確認書類 ①運転免許証 ②マイナ ③パスポート ④身体障害者手帳 ⑤資格確認書 ⑥社員証・学生証