

文書交付申込書

平成 年 月 日

医療法人社団青空会大町病院長
(診療科又は主治医：)

申込者 住 所
氏 名 印
電話番号
(患者との関係：)

下記文書の交付を申し込みます。

文書が必要な 患 者 名	(ふりがな) 氏 名	患者 ID	
	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日
	住 所		
	電話番号		
必要な文書名 ※右の希望する欄に丸印を付けてください。	入院・通院証明書 入院期間：平成 年 月 日～平成 年 月 日 通院期間：平成 年 月 日～平成 年 月 日	希望枚数	枚
	死亡診断書		枚
	普通診断書（病院様式）		枚
	自賠責用診断書・証明書		枚
	後遺症診断書		枚
	身体障害診断書		枚
	コルセットなど装具証明書		枚
	あんま・マッサージ同意書		枚
	傷病手当金証明書又は休業補償請求書 (平成 年 月 日～平成 年 月 日)		枚
	医療証明書（確定申告用・高額医療費・その他）		枚
その他		枚	

〔注〕 患者本人以外の申込の場合は、本人の同意書が必要です。
また、申込者であることを確認するための書類（運転免許証、旅券、健康保険の被保険者証、年金手帳など）の提示又は提出が必要です。

※ 次の欄は、記入する必要はありません。

本人等の確認方法等	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
確認した記号番号等		担 当	
備 考 (提供希望日時等)			