

文書申込書

※太枠内のみご記入をお願いします。

記入例

申込者が本人以外の場合は委任状が必要となります。  
※委任状記入例をご確認ください。

申込者	徳洲 花子		患者との関係	本人・他( )	年 月 日
フリガナ	トクシュウ カナ		生 年 月 日	年齢	来院希望 ・ 郵送希望
患者氏名	徳洲 太郎		M・T・ <b>S</b> ・H	56	※郵送希望の場合、受け渡し予定日以降の発送となりますのでご了承ください。
患者住所	〒 816-0864		連絡先TEL ( 092 ) 573 - 6622	その他の連絡先TEL ( 090 ) 1234 - 5678	
郵送先住所	福岡県 春日市 須玖北 4-5 ○△□マンション 805号				
郵送先氏名	徳洲 太郎	担当医師	麻酔 科	海江田 先生	
証明期間	29年 1月 1日から 29年 1月 31日まで	委任状の有無	有 ・ 無	持参 郵送	確認日 月 日
( 注 意 事 項 ) ※下記内容にご了承いただけましたらご署名をお願いします。					
<ul style="list-style-type: none"> <li>・証明期間を必ずご記入ください。</li> <li>・受取時に必ずこの控えをお持ちください。控えがない場合はお渡しできない場合がございます。</li> <li>・本人以外の申し込み、受け渡しの場合は委任状が必要です。</li> <li>・郵送を希望される場合は別途郵送料をいただきます。</li> <li>・受け渡し予定日は先生等の都合によって若干変更になる場合がございます。</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>・書類の種類・内容によっては受診又は測定に来院して頂く場合がございます。</li> <li>・申込み後六ヶ月経過したものは処分いたします。(必要な場合は再度お申し込みください)</li> <li>・<u>お申し込み頂いた診断書につきましてはご本人の都合によるキャンセルはいたしかねます。</u></li> </ul>		
			ご署名欄 <b>徳洲 花子</b>		

(職員記入欄)

申 込 文 書	<input type="checkbox"/> 一般診断書 (提出 )	<input type="checkbox"/> 身障意見書 (新規・更新)
	<input type="checkbox"/> 警察関係	<input type="checkbox"/> 障害年金診断書 (新規・現況届)
	<input type="checkbox"/> 傷病	<input type="checkbox"/> 特定疾患 (新規・更新)
	<input type="checkbox"/> 傷病	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 (紹介先 )
<input type="checkbox"/> 生	<input type="checkbox"/> 死亡診断書(死体検案書) (直筆・コピー)	
<input type="checkbox"/> 医	<input type="checkbox"/> その他( )	
〈自賠責関係〉		
<input type="checkbox"/> 後遺症診断書	<input type="checkbox"/> 様式(第8号・第16号の6) 仕事復帰(有・無)	
<input type="checkbox"/> 自賠責診断書	<input type="checkbox"/> 自賠責明細書	<input type="checkbox"/> 様式(第7号・第16号の5)
<input type="checkbox"/> 回答書	<input type="checkbox"/> レントゲンフィルム (CD-R)	<input type="checkbox"/> その他( )
<input type="checkbox"/> その他( )		

太枠内をご記入ください。

(備考)

〒816-0864  
福岡県春日市須玖北4丁目5番地  
医療法人徳洲会 福岡徳洲会病院  
TEL 092-573-6622  
医事課 文書係(内線1102)  
事故係(内線1107)  
労災係(内線1110)  
〈お問い合わせ時間〉  
午前9:00～午後5:00まで

申込文書	計	通
文書料		円
切手代		円
受付者	領収印	

# 文書申込書

※太枠内のみご記入をお願いします。

受付日： 年 月 日

申込者	患者との関係	本人・他( )	受け渡し(出来上り)予定日			
フリガナ	生 年 月 日	年齢	年 月 日			
患者氏名	M・T・S・H	年 月 日	来院希望 ・ 郵送希望 ※郵送希望の場合、受け渡し予定日以降の 発送となりますのでご了承ください。			
患者住所	〒 連絡先TEL ( ) - その他の連絡先TEL ( ) -					
郵送先住所	〒 連絡先TEL ( ) -					
郵送先氏名	担当医師	科 先生				
証明期間	年 月 日から 年 月 日まで	委任状の有無	有 ・ 無	持参 郵送	確認日	月 日
<p>( 注 意 事 項 ) ※下記内容にご了承いただけましたらご署名をお願いします。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・証明期間を必ずご記入ください。</li> <li>・受取時に必ずこの控えをお持ちください。控えがない場合はお渡しできない場合がございます。</li> <li>・本人以外の申し込み、受け渡しの場合は委任状が必要です。</li> <li>・郵送を希望される場合は別途郵送料をいただきます。</li> <li>・受け渡し予定日は先生等の都合によって若干変更になる場合がございます。</li> <li>・書類の種類・内容によっては受診又は測定に来院して頂く場合がございます。</li> <li>・申込み後六ヶ月経過したものは処分いたします。 (必要な場合は再度お申し込みください)</li> <li>・<u>お申し込み頂いた診断書につきましてはご本人の都合によるキャンセルはいたしかねます。</u></li> </ul> <p style="text-align: right;">ご署名欄</p>						

## (職員記入欄)

申 込 文 書	<input type="checkbox"/> 一般診断書 (提出先 ) <input type="checkbox"/> 警察用診断書 <input type="checkbox"/> 傷病手当金請求書 (健保:保険算定) <input type="checkbox"/> 傷病手当支給請求書 (職安提出:自費算定) <input type="checkbox"/> 生命保険診断書・生命保険死亡診断書 <input type="checkbox"/> 医療等の状況 (旧安全会)	<input type="checkbox"/> 身障意見書 (新規・更新) <input type="checkbox"/> 障害年金診断書 (新規・現況届) <input type="checkbox"/> 特定疾患 (新規・更新) <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 (紹介先 ) <input type="checkbox"/> 死亡診断書(死体検案書) (直筆・コピー) <input type="checkbox"/> その他( )
	<自賠償関係> <input type="checkbox"/> 後遺症診断書 <input type="checkbox"/> 自賠償診断書 <input type="checkbox"/> 自賠償明細書 <input type="checkbox"/> 回答書 <input type="checkbox"/> レントゲンフィルム (CD-R) <input type="checkbox"/> その他( )	<労災関係> <input type="checkbox"/> 様式(第8号・第16号の6) 仕事復帰(有・無) <input type="checkbox"/> 様式(第7号・第16号の5) <input type="checkbox"/> その他( )

(備考)

〒816-0864

福岡県春日市須玖北4丁目5番地  
医療法人徳洲会 福岡徳洲会病院

TEL 092-573-6622

医事課 文書係(内線1102)

事故係(内線1107)

労災係(内線1110)

<お問い合わせ時間>

午前9:00～午後5:00まで

申込文書	計	通
文書料		円
切手代		円
受付者	領収印	