

(1) 文書申込書（申込者渡）

※太枠内のみご記入をお願いします。

受付年月日 年 月 日

記入例

申込者	徳洲 太郎	患者との関係	本人・他(夫)	(注意事項)
フリガナ	トクシュウ ハチ	カルテ ID	1111	<ul style="list-style-type: none"> ・証明書を必ずご記入ください。 ・受取り時は必ず控えをご持参ください。 ・本人以外のお申込みは、委任状が必要です。 ・本人以外で郵送でのお申込みの場合は、委任状を同封してください。 ・本人以外で郵送でのお申込みの場合は、委任状を同封してください。 ・郵送希望の場合は、別途送料をいただきます。 ・書類の種類・内容により受診又は測定が必要となる場合がございます。 ・申込み後6ヵ月経過し、受取りがない場合は処分いたします。必要な場合は、再度お申込みください。
患者氏名	徳洲 華子	証明期間	R5 年 1 月 1 日から R5 年 1 月 31 日まで	
生年月日	T S 33 年 3 月 3 日 H R	担当医師	内科 OO Dr	
住所	〒 851-2131 西彼杵郡長与町北陽台1-5 〇7A-1201 TEL (090) ▲▲▲▲- ●●●●	委任状	有・無 持参 郵送	
郵送先住所	〒 851-2131 西彼杵郡長与町北陽台1-5 〇7A-1201	受渡予定日	年 月 日	
郵送先氏名	徳洲 華子	受付者	1. 郵送希望 2. 来院希望	
1. 一般診断書（会社・警察提出用） 2. 通院・入院証明書 3. 傷病手当金請求書 4. 休業補償請求書 5. 生命保険提出用証明書（診断書） 6. 自賠責保険 診断書・明細書 7. その他（ ）		領収印		
1. 入金済 2. 未収 文書料 通 円		〒851-2131 西彼杵郡長与町北陽台1丁目5番1 医療法人徳洲会 長崎北徳洲会病院 TEL 095-813-5800		

本人以外のお申込みは、委任状が必要になります。
※委任状記入例をご確認ください。

本人以外で郵送でのお申込みの場合は、委任状を同封してください。

