

(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	・証明書を必ずご記入ください。
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	・受取り時に必ず控えをご持参ください。
生年月日	T S 33 年 3 月 3 日 H R	担当医師	内科 OO Dr	本人以外のお申込みは、委任状が必要になります。
住所	〒 851-2131 西彼杵郡長与町北陽台1-5 〇7A-1201	委任状	有・無 持参 郵送	※委任状記入例をご確認ください。
TEL (090) ▲▲▲▲- ●●●●		受渡予定日	年 月 日	・郵送希望の場合は、別途送料をいただきます。
郵送先住所	〒 851-2131 西彼杵郡長与町北陽台1-5 〇7A-1201	受付者	1. 郵送希望 2. 来院希望	・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。
郵送先氏名	徳洲 華子	領収印		・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。
1. 一般診断書（会社・警察提出用）		1. 入金済		
2. 通院・入院証明書		2. 未収		
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（ ）				
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。

(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

申込者		患者との関係	本人・他（ ）	(注意事項) ・証明期間を必ずご記入ください。 ・受取り時は必ずこの控えをご持参ください。 控えがない場合はお渡しできない場合がございます。 ・本人以外の申込み、受渡しの場合は委任状が必要となります。 ・郵送希望の場合は、別途送料をいただきます。 ・書類の種類・内容により受診また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。
フリガナ		カルテID		
患者氏名		証明期間		
生年月日	T S H R 年 月 日	年 月 日から 年 月 日まで		
住所	〒	担当医師		
	TEL () -			
郵送先住所	〒	科	Dr	
郵送先氏名		委任状	有・無 持参郵送	
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（ ）		受渡予定日	年 月 日	備考
		受付者		
		1. 郵送希望 2. 来院希望		
1. 入金済 2. 未収 文書料 通 円		領収印		〒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