

書類申込兼預り書

鎗田病院

* 太枠の中のみ記入してください。

カルテNo.		申込日		年	月	日			
フリガナ						男・女			
患者氏名									
生年月日	明・大・昭・平・令	年		月		日			
患者住所	TEL								
証明の期間	年	月	日	～	年	月	日	依頼枚数	枚
主治医									
提出先									
連絡先	TEL(- -)								

- 傷病手当金請求書 休業補償費請求書 病院用紙診断書 保険会社指定診断書
 死亡診断書 警察用診断書 身体障害診断書 後遺症診断書
 その他 ()

* 申込者が患者本人であれば、以下の記入は不要です。

申込者氏名			患者との関係	
申込者住所	TEL			

病院受付者	
-------	--

【お願い】

- 書類受け取りの際は、この用紙を必ずご持参ください。
- 書類の受渡しが患者本人以外の方(ご家族含む)である場合は、委任状を記入してお持ちください。(代理人の身分を証明するもの(運転免許証・健康保険証など)をご持参ください)

医療法人 鎗田病院

Tel 0436-21-1655

受 取 日		年	月	日
受				病 院 担 当
取				
者				

委任状(患者本人が受け取る場合記入不要)

委任状

私 _____ は、都合により書類の受け取りに鎗田病院へ
 行く事が困難なため、代理人に書類の受け取りを依頼する事を承諾します。

年 月 日

代理人氏名 _____

患者とのご関係 _____

依頼者名 _____

印 _____