文書申込書

＊太枠の中のみ記入してください。

カルテNo.	年　　月　　日　受付

フリガナ			男・女
患者氏名			
生年月日	年　　月　　日		
患者住所	TEL		
保険の種類	健康保険（本人・家族）　国保・労災・交通事故・自費		
証明の期間	年　　月　　日～　年　　月　　日	主治医	
申　込　者		患者との関係	
連絡先名称		TEL	
文書受取場所	病棟　・　事務所（受付）	電話連絡	要　・　不要
受渡予定日	年　　月　　日	受付者	

□傷病手当金請求書　□休業補償費請求書　□診断書（当院所定・その他）
□入院証明書（診断書）　□死亡診断書　□自賠責保険・明細書・診断書
□情報提供書　□施設診断書
□その他（　　）

文書料　　通	円
合　計	円

受取日	平成　　年　　月　　日		
受取者		担当	