【書類作成申請書】

太枠の中を記載して下さい

ID :

ふりがな		申込日	年	月	日
氏名		生年月日			
		(明・大・昭・平・令)	年	月	日
住所	(〒 -)				
電話番号					
証明期間	①	年	月	日	～
	②	年	月	日	～

申込文書

生命保険診断書（入院・通院）	通	傷病手当	通
施設入居診断書	通	休業補償	通
臨床個人調査票	通	身体障害者診断書	通
その他（		）	通

代理人による申請ですか。（ はい ・ いいえ ）

代理人による申請の場合は裏面の記載、身分証明書の掲示をお願いします。

患者様が亡くなられている場合は、下記に代理申請者の記載をお願いします。

ふりがな		患者様との関係
代理人 氏名		
電話番号		

以下職員記入欄

受取方法	① 来院 ② 郵送 ③ 担当へ() ④その他
受取予定者	① 本人 ② 本人以外(氏名：)

※本人以外の方が受け取りに来られる場合は、本紙と身分証の持参をお願いします。

お渡し予定日	月	日	以降	金額	円	担当
--------	---	---	----	----	---	----

上記のとおり書類をお預かりしました。お受け取りの際は、この申請書を持って診療時間内に1階会計窓口にお越しください。診断書作成に要する期間は2週間いただいております。出来上がり次第、半年を経過しても受領されない書類については処分させていただくことがあります。

社会医療法人 健友会 上戸町病院

長崎市上戸町4丁目2-20

TEL 095-879-0705

平日：9：00～17：00

お渡し予定日以降にご来院お願いします。

都合によりお渡し予定日より遅れる場合は

ご連絡いたします。

土・日曜・祝日はお渡しできません

裏面に委任状あり⇒

委任状

上戸町病院院長 殿

私（患者様氏名）_____は、

_____(代理人氏名)_____を代理人とし、

下記の権限を委任します。

1. 本診断書取得に関する一切の権限
2. 本診断書申請手続きに関する一切の権限

年 月 日（作成日）

住所_____

連絡先_____

氏名_____

代理人

住所_____

連絡先_____

氏名_____

患者様との関係_____