

申込日： 年 月 日

●文書作成を依頼する患者さんの情報をご記入ください。

患者番号				—					—		性別	電話番号	— —			
フリガナ 患者氏名											男・女	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日		

●代理人が来院し、受け取りを希望される方は、代理人の連絡先をご記入ください。

合わせて病院HPに掲載している委任状を記入の上、同封してください。

代理人氏名		電話番号	— —
代理人住所	〒		
患者との関係	ご家族（続柄： ）	その他	保険会社・施設職員・後見人（保佐人） その他（ ）

書類受取方法				該当する項目に☑をしてください。	
☐	窓口で受け取る	☐	郵送		
		wellcne（ウェルコネ）アプリ決済登録済みの方のみ			
		☐	アプリ決済を行う	☐	アプリ決済を行わない

書類種別			該当する項目に☑をしてください。		
☐	本院所定様式 提出先：市役所等、会社、その他（ ） ←○をつけてください				通
☐	生命保険等診断書 ↓○をつけてください 提出先：アフラック・かんぽ生命・日本生命・府民共済・他（会社名： ）				通
☐	臨床調査個人票 （ 更新 ・ ※新規 ） ←○をつけてください 身体障がい者手帳 ☐ なし ☐ あり（ 級） ※新規の場合は、事前に担当医と作成についてお話しただいている場合に限りします。				通
☐	身体障害者診断書 ※事前に担当医と作成についてお話しただいている場合に限りします。				通
☐	障害年金診断書 ※事前に担当医と作成についてお話しただいている場合に限りします。				通
☐	特別児童扶養手当認定診断書				通
☐	労災関係証明書				通
☐	その他 （ ） ※必ず事前に診断書窓口に連絡の上申請してください。				通

訪問看護指示書、小児慢性特定疾病医療意見書、精神障がい者保健福祉手帳用診断書、自立支援診断書（育成・更生・精神通院）は郵送申請の**対象外**です。

証明する期間													
入院	年 月 日～			年 月 日			外来	年 月 日～			年 月 日		
	年 月 日～			年 月 日				年 月 日～			年 月 日		
	年 月 日～			年 月 日			手術	年 月 日分、			年 月 日分		
	年 月 日～			年 月 日				年 月 日分、			年 月 日分		
医師への連絡事項記載欄													

以下、事務処理欄

依頼診療科					連絡記載欄		
医師名							
住所変更	受付	文書管理	スキャン	計算	受け渡し	受渡完了日	受取サイン
						/	