

# 文書申込書

受付用

診察券の登録番号： ※太枠の中をご記入ください。 申込日 年 月 日

フリガナ		生年月日	
患者氏名		明・大・昭・平・令	年 月 日
患者住所	〒 -	TEL	- -
フリガナ		患者との関係	配偶者・親・子 その他 ( )
申込者氏名 (本人以外)			委任状 要・済
申込者住所	〒 -	TEL	- -
受渡し方法 <input checked="" type="checkbox"/> をお願 い します。	<input type="checkbox"/> 文書窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 ※切手をご用意ください。	受渡し 予定日	年 月 日
申込書類についての連絡を申込者以外の方に伝言してもよろしいですか。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

診療科名・主治医名、必要な文書の種類・通数・各証明期間をご記入ください。

診療科名	主治医名	文書の種類	通数	証明期間
		診断書・証明書 (保険会社用) ※保険会社名をご記入ください。	通	(必要なものを○で囲んでください) 1. 入院証明 2. 通院証明 7. 通院日 (初診から・前回の続きから・その他 ) 1. 手術 7. 放射線治療 入・通・手・放 年 月 日～ 年 月 日 入・通・手・放 年 月 日～ 年 月 日 入・通・手・放 年 月 日～ 年 月 日 入・通・手・放 年 月 日～ 年 月 日 入・通・手・放 年 月 日～ 年 月 日
		障害年金・受診状況等証明書・障害状態確認届	通	年 月 日～ 年 月 日
		傷病手当金申請書 【初回・継続】	通	労務不能期間 年 月 日～ 年 月 日
		休業補償請求書(労災)【初回・継続】	通	年 月 日～ 年 月 日
		訪問看護指示書 【初回・継続】	通	年 月 日～ 年 月 日
		身体障害者診断書・意見書	通	
		特定医療費 (指定難病・小児慢性)	通	新規・更新 ( )
		日本スポーツ振興センターの災害共済給付金証明書	通	年 月 日～ 年 月 日 ( 月分)
		療養費払い	通	
		その他 ( )	通	

備考	受付者
	書類受付 1431

## 【お願い】

- 受付時間 平日 8:30～17:00まで
  - 文書受取の際は、この申込書を必ずご持参ください。
  - 申込み・受け取りされる方が本人・同居親族以外の方は委任状が必要です。
  - 依頼された書類は、3か月以内にお受け取りください。3か月を過ぎた場合、再度申込みが必要となります。
  - 依頼された際にご記入いただいた内容以外の文書は、お渡しできません。内容を変更・追加する場合は、別途ご依頼ください。その際には新たに文書料をいただきます。
- 豊橋市民病院 診断書・証明書等受付窓口 TEL0532-33-6136(直通) 0532-33-6111(代表)