

# 文書申込兼同意書

※赤枠内の記入をしてください。

令和 年 月 日

申込者情報	患者氏名	(フリガナ)	申込者	(フリガナ)
		生年月日( 年 月 日) 生		
	申込者住所	(〒 - )		
	申込者続柄	<input type="checkbox"/> 患者本人・ <input type="checkbox"/> 本人以外( )	患者以外の場合	<input type="checkbox"/> 法定代理人等 <input type="checkbox"/> 左記以外(委任状:有・無)
申込者電話番号		※本人確認資料(受付者が記載) <input type="checkbox"/> 免許証(写真入り) <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> その他( )		

項目名	料金(税込み)	必要部数
診断書	3,300円	部
入院証明書(生命保険)	5,500円	部
自立支援(精神通院医療)診断書	5,500円	部
精神保健福祉手帳診断書	7,700円	部
障害年金診断書	8,800円	部
難病疾病の診断書	5,500円	部
福岡県障害者更生相談所(様式4)	5,500円	部
オムツ使用料(確定申告用)	2,200円	部
医療費受領証明書(支払証明)	2,200円	部
公安委員会提出用診断書(高齢運転者対策)	11,000円	部
成年後見用診断書	11,000円	部
特別児童扶養手当診断書	5,500円	部
児童扶養手当障害認定診断書	5,500円	部
特別障害者手当認定診断書	5,500円	部
健康診断書	3,300円	部
老人ホーム入所用診断書	3,300円	部
受診状況等証明書	3,300円	部
自動車税免税の通院証明書	3,300円	部
死亡診断書(原本)(+処置料) 2通目以降は3300円 ※	7,150円	部
訪問看護指示書 ※	保険請求	部
傷病手当金申請書 ※	保険請求	部
障害者区分認定 ※	市町村請求	部
介護保険主治医意見書 ※	介護保険請求	部
その他( )	円	部

申し込みする書類の期間	(月単位での依頼も可能。その場合は「日」の記載は不要) 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
備考 (委任状未提出の理由等)	

受取方法	<input type="checkbox"/> 窓口受取	→書類完成次第、病院から連絡 ※窓口受取希望時、料金は書類お渡しの際にお支払いをお願いします
	<input type="checkbox"/> 郵送受取(平日の8:30~17:00以外では受付できません)	→ <input type="checkbox"/> 簡易書留希望(レターパック430円) 受付者記載: <input type="checkbox"/> レターパック料金受領 ※郵送受取の場合: 宛名、宛先住所の記載をお願いします
	支払い方法	→ <input type="checkbox"/> 窓口払い →※郵送受取の場合の料金は、前払いをお願いします

## 【注意事項】

- ・代理で申込み又は受取りをされる方は、来院時に「患者の委任状」及び「代理の方の身分証明書(免許証、保険証等)」を確認させていただきます
- ・文書作成にあたっては、2~3週間程度の日数をいただいております。なお、内容によりそれ以上かかる場合がありますのでご了承ください
- ・受取の際も身分確認が必要となりますので、必ず身分を証明するものをご持参ください
- ・郵送の場合を除き、控えとして本書写しをお渡ししますので、受取時にご持参ください

私は、申し込み内容および注意事項を確認した上で、費用の支払いに同意します。	署名:
---------------------------------------	-----

病院側記載	依頼日	令和 年 月 日	書類完成日	令和 年 月 日
	依頼区分	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 病棟	書類発送日	令和 年 月 日
	受付担当者 氏名サイン		問合せ先	福岡県田川市大字弓削田3237番地 医療法人昌和会見立病院
	備考欄		電話番号	0947-44-0924

※こちらのサインは書類受領時に記載ください

私は、上記申し込みした文書について受領しました	受領のサイン
-------------------------	--------