

書類申請用紙 兼 預かり証 受付者

☆書類の作成期間は3週間程度ですが、書類の内容や医師により前後する場合があります。(月 日 出来上がり予定)

☆当院よりご連絡はしておりませんので、下記の電話番号へお問い合わせ頂き、出来上がりをご確認の上ご来院下さい。

●患者さんの情報

受付日

診察券番号		診療科・医師	科	Dr
ふりがな		生年月日	T・S・H	年 月 日
氏名				
住所	〒 -			
電話番号	() -	申込者 本人 ・ 本人以外()		

●受取り者(ご本人以外の受取りの場合)

ふりがな		生年月日	T・S・H	年 月 日
氏名				
電話番号	() -	患者さんとのご関係()		

受取方法	<input type="checkbox"/> 来院 <input type="checkbox"/> 郵送希望(特定記録)切手254円 <input type="checkbox"/> 出来上がり次第TEL <input type="checkbox"/> 病棟へ連絡
------	--

診断書の種類	件数	コード	金額	証明内容
<input type="checkbox"/> 一般診断書 ☆提出先 警察 勤務先 裁判所 その他()	通	950283	3,300円	☆必要な項目にチェックを入れて下さい。 <input type="checkbox"/> 病名 <input type="checkbox"/> 手術名 <input type="checkbox"/> 病状、経過 <input type="checkbox"/> 今後の療養見込み <input type="checkbox"/> 仕事の復帰見込み <input type="checkbox"/> 入院期間 <input type="checkbox"/> 通院期間 <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> 生命保険診断書(入院)	通	950275	5,500円	入院期間 通院日記入 (有・無) 年 月 日 ~ 年 月 日
<input type="checkbox"/> 生命保険診断書(外来)	通	950277	3,300円	
<input type="checkbox"/> 労災関係(様式 号)	通	8322		年 月 日 ~ 年 月 日
<input type="checkbox"/> 傷病手当金請求書	通	130128	100点	外来期間 通院日記入 (有・無) 年 月 日 ~ 年 月 日
<input type="checkbox"/> 身体障害者診断書・意見書	通	950273	5,500円	
<input type="checkbox"/> 臨床個人調査票(新規)	通	950569	4,400円	保険会社名 ()
<input type="checkbox"/> 臨床個人調査票(更新)	通	950570	2,200円	
<input type="checkbox"/> 後遺障害診断書	通	950261	5,500円	
<input type="checkbox"/> 自賠責保険診断書	通	950613	5,500円	証明期間(労災・傷病手当金) 年 月 日 ~ 年 月 日
<input type="checkbox"/> 自賠責保険診療明細書	通	950614	5,500円	
<input type="checkbox"/> 診療情報提供書	通			年 月 日 ~ 年 月 日
<input type="checkbox"/> その他()	通			
備考			合計	円 (領収書 枚)
				外来 あり ・ なし

受取日	年 月 日	●受取時のご注意	
受取者	続柄	確認	・書類受取の際は、本預かり証と受け取る方の身分証明書、ご本人でない場合は委任状もお持ちください。 ・書類代金は、受取時にお支払いいただきます。
	本人 ()	<input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 身分証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 戸籍(写)	

病院使用欄

戻り日・担当者	スキャナ	お渡し日・担当者
/ 印		/ 印

お問い合わせ先

神戸掖済会病院 文書窓口 078-781-7811(代表) 平日8:30~16:30 (土、日、祝日休み)
--