

文書申込書・預かり書

平成 年 月 日

黒石病院 院長 様

※太枠の中のみ記入して下さい (原本は窓口担当が保管、患者及び外来へは写し)

(患者氏名) _____	(患者番号) _____
(住所) _____	
(生年月日) T・S・H 年 月 日	(電話番号) _____ ()
(代理人) _____ (続柄) _____	※本人が申込する場合は代理人欄の記載不要です
(代理人住所) _____	(電話番号) _____
(郵送の場合の送付先住所・宛名) _____	

診療科に ☑を付ける	<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 産婦人科
	<input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌内科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 皮膚科
	<input type="checkbox"/> 神経内科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 放射線科
	<input type="checkbox"/> 泌尿器科			
担当医師名	入院期間		～	
	通院期間		～	

文書種類等	<input type="checkbox"/> 診断書、証明書 (病院様式)	通	円
	<input type="checkbox"/> 診断書、証明書 (保険会社様式)	通	円
	<input type="checkbox"/> 診断書、証明書 (年金等)	通	円
	<input type="checkbox"/> 労災関係 ()	通	円
	<input type="checkbox"/> 事故関係 ()	通	円
	<input type="checkbox"/> 傷病手当 ()	通	円
	<input type="checkbox"/> 介護関係書類 ()	通	円
	<input type="checkbox"/> その他 ()	通	円

※文書作成は提出日より14日前後(内容によってはそれ以上)の日数がかかることがあるのでご了承ください。
 ※文書の出来上がりについては会計窓口にお電話等で確認してください。なお、お受け取りの際は、この用紙を会計窓口には必ず提出して下さい。
 ※文書作成依頼の取り消し及び料金の返金は出来ませんので、ご了承ください。
 ※受付時間は平日9時から16時30分まで、受け渡し時間は、平日8時15分から17時までです。
 木曜日は19時まで対応いたします。

【問い合わせ】黒石病院 事務局 医事会計係
 TEL 0172-52-2121 (内線 861)

※お受け取りの際に下欄へ署名をお願いします。(申込者のコピーに署名をいただきます。)

受取年月日 平成 年 月 日

受取人氏名 _____

外		病	
来		棟	