

文書交付申込書

対象文書：保険会社の診断書・証明書など

申込日： 年 月 日

※ 患者さんご本人以外によるお申込・お渡しの際には、委任状と身分証が必要になります。
但し、患者さんが未成年による保護者手続きの場合は委任状は不要です。

患者情報	フリガナ			
	名前		患者番号	
	生年月日	大平昭令	年 月 日 (才)	TEL 自宅 () - 携帯 () - *日中連絡がつく電話番号をご記載ください
	住所 〒 (病院指定診断書ご希望の方は記載をお願いいたします)			

依頼内容	書類名	生命保険・傷病手当金・その他 ()	部数	枚
	診療科		入外区分	入院・外来
	記載期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日		
	連絡事項	ホルモン療法・化学療法・放射線治療		

※依頼者が患者さんご本人の場合は記載不要です。

依頼者情報	名前		続柄
	連絡先	自宅 () - 携帯 () - *日中連絡がつく電話番号をご記載ください	

受取方法	本人・代理人
	窓口受取 ※平日17:00まで
	郵送受取 <input type="checkbox"/> 書留(404円) <input type="checkbox"/> 普通(84円)

記載後の連絡	要・不要
	本人・代理人

*郵送の場合、記載後の連絡は致しませんのでご了承ください

郵送による紛失に関しては一切の責任を当院では負いかねる事に同意します
署名 _____

- ・文書記載にあたっては約3週間程の日数をいただきます。ご了承ください。
- ・文書記載後の申込依頼の取消及び返金はできませんので、ご了承ください。

受取	上記の文書を受け取りました。 年 月 日 署名 _____
----	-------------------------------

<文書窓口記載欄>

受付 _____ 連絡 済 / _____

入力 _____ 最終処理者 / _____

領収済印

- 当日支払 (債務確認書)
- 受取時支払い
- 支払無
- 訂正依頼
- 遠方につき郵送処理

領収済印

備考:

九州大学病院 文書受付窓口

〒812-8582 福岡市馬出3-1-1

電話 092-(642)-6269

平日8:30~17:00 (土・日・祝日を除く)