

# 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 福岡市東区馬出3-1-1  
電話 092-(642)-6269  
平日8:30~17:00 (土・日・祝日を除く)