

文書作成申請書

受 付	医師事務	医 師	郵 送	申込日	年	月	日	
/	/	/	/	診療科				
							主治医	先生

太枠内の該当項目に記入し、窓口へご依頼ください。 (ID:)

ふりがな		生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
患者氏名			
ふりがな		※傷病手当・労災用	会社名
申込者氏名	(続柄)	会社連絡先	担当者
			TEL
連絡先	①TEL ②TEL(携帯)		
受取方法	<input type="checkbox"/> 窓口	<input type="checkbox"/> 郵送	住所：〒 宛名： ※返信用封筒・切手は依頼者負担
証明期間	入院・通院 年 月 日 ～ 年 月 日 入院・通院 年 月 日 ～ 年 月 日 入院・通院 年 月 日 ～ 年 月 日		
必要なものに <input checked="" type="checkbox"/>	文 書 名		備 考
<input type="checkbox"/>	診断書 職場用 学校用 警察用 自賠責用 労災用 障害者年金用 身体障害者用 その他()		
<input type="checkbox"/>	証明書 生命保険 休業補償 傷病手当		書式の持参 有 ・ 無
<input type="checkbox"/>	意見書等 福祉用具 訪問看護指示書(提出先:) (新規・更新)臨床調査個人票(指定難病): 病名		
<input type="checkbox"/>	照会文書 警察 検察庁 裁判所 社保 労災 その他()		
<input type="checkbox"/>	その他 ()		
お支払い	<input type="checkbox"/> 未払い <input type="checkbox"/> 支払済み		

- 文書の出来上がりに 4 週間程度かかる場合がございます。
- 文書を取りにお越しの際は、必ずこの控えをお持ちください。(受取時間 平日8:15~17:00)
- 出来上がりの電話連絡後、半年を経過した場合は、こちらで破棄させていただく場合がございます。
- ご記入頂きました個人情報につきましては、他の目的に使用することはございません。