

文書交付 申込書

代理人（患者さまのご家族を含む）によるお申込みの場合、
ただし、患者さまが未成年による保護者手続きの場合

記入例：患者本人が申込み、でき上がった診断書は
本人が受取りに来られる場合

患者情報	フリガナ 氏名	マツオ イチロウ 松尾 一郎	生年月日	大・昭平 ○年 ○月 ○日
	住所 〒	802-XXXX 福岡県 北九州市 小倉南区 ○○町 ○丁目 ○-○	TEL	080-XXXX-XXXX

依頼内容	申込日	令和 ○年 ○月 ○日	区分	入院・外来・他院
	書類名	松尾病院書式 診断書	部数	1部
	記載期間	昭・平・令 年 月 日 ~ 年 月 日		
	連絡事項等			

申込者が患者さまご本人の場合は、記載不要です。

代理申込者	フリガナ 氏名	続柄
	住所 〒	TEL

受取方法	<input checked="" type="checkbox"/> 本人受取	出来上がりの連絡 <input type="checkbox"/> 要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要
	<input type="checkbox"/> 代理人受取 ※いずれも受取りは平日のみとなります	連絡先TEL 氏名 続柄()

- ・医師の判断により、文書を作成できない場合もございます
- ・文書に記載すべき内容によっては、確認のためにあらためて診察が必要になる場合がございます
- ・文書を作成した後に、患者さまのご都合による記載内容の変更・再発行はできません
- ・お申込み後、お渡しまで 約3~4週間お待ちいただきますが、病状によってはそれ以上の日数を要する場合がございます
- ・お受取り時には、文書交付申込書の控えを必ずご用意ください
代理人がお受取りになる場合は、上記に加えて委任状と本人確認ができる証明書を必ずご用意ください

上記に同意し、申込みます

署名 松尾 一郎



令和 年 月 日 上記の文書を受取りました

署名



特定医療法人 天臣会 松尾病院 文書受付 9:00~17:00 (土・日・祝日、休診日を除く) TEL 093-471-7721(代)

【受付記載欄】

受付 / ② 連絡 / 最終処理 / ②
備考

文書交付 申込書

代理人（患者さまのご家族を含む）による
ただし、患者さまが未成年による保護者

記入例：父親が代理で申込み、でき上がった診断書も父親が
受取りに来られる場合（委任状が必要です）

患者情報	フリガナ 氏名	マツオ イチロウ 松尾 一郎	生年月日	大・昭 平 〇年 〇月 〇日
	住所 〒	802-XXXX 福岡県 北九州市 小倉南区 〇〇町 〇丁目 〇-〇	TEL	080-XXXX-XXXX

依頼内容	申込日	令和 〇年 〇月 〇日	区分	入院・外来・他院
	書類名	傷病手当金請求書 (X月分)	部数	1部
	記載期間	昭・平 令 〇年 X月 1日 ~ 〇年 X月 31日	連絡事項等	

申込者が患者さまご本人の場合は、記載不要です。

代理申込者	フリガナ 氏名	マツオ タロウ 松尾 太郎	続柄	父
	住所 〒	801-XXXX 福岡県 北九州市 門司区 △△町 △丁目 △-△	TEL	093-XXX-XXXX

受取方法	<input type="checkbox"/> 本人受取	※いずれも受取りは 平日のみとなります	出来上がりの連絡	<input checked="" type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
	<input checked="" type="checkbox"/> 代理人受取		連絡先TEL	093-XXX-XXXX 氏名 松尾 太郎 続柄(父)

- ・医師の判断により、文書を作成できない場合もございます
- ・文書に記載すべき内容によっては、確認のためにあらためて診察が必要になる場合がございます
- ・文書を作成した後に、患者さまのご都合による記載内容の変更・再発行はできません
- ・お申込み後、お渡しまで 約3~4週間お待ちいただきますが、病状によってはそれ以上の日数を要する場合がございます
- ・お受取り時には、文書交付申込書の控えを必ずご用意ください
代理人がお受取りになる場合は、上記に加えて委任状と本人確認ができる証明書を必ずご用意ください

上記に同意し、申込みます

署名 松尾 太郎



令和 年 月 日 上記の文書を受取りました

署名



特定医療法人 天臣会 松尾病院 文書受付 9:00~17:00 (土・日・祝日、休診日を除く) TEL 093-471-7721(代)

【受付記載欄】

受付 / ② 連絡 / 最終処理 / ②
備考