

# 各種文書申請書

## 申請文書一覧

平成 年 月 日

※ 必要な文書にチェック (  ) を入れて下さい。(複数選択可)

※ 金額については、裏面の文書料金表をご確認下さい。

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 普通診断書         | <input type="checkbox"/> 国民年金診断書          |
| <input type="checkbox"/> 診断経過書         | <input type="checkbox"/> 後遺障害診断書          |
| <input type="checkbox"/> 自賠責請求用診断書     | <input type="checkbox"/> 重度意識障害者診断書       |
| <input type="checkbox"/> 自賠責請求用明細書     | <input type="checkbox"/> 受診状況等証明書(通証)     |
| <input type="checkbox"/> 市町村交通災害共済用診断書 | <input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格に係る病状証明書 |
| <input type="checkbox"/> 裁判所提出用診断書     | <input type="checkbox"/> 都道府県公安委員会提出用診断書  |
| <input type="checkbox"/> 身体障害者認定診断書    | <input type="checkbox"/> おむつ証明            |
| <input type="checkbox"/> 身体障害者年金用診断書   | <input type="checkbox"/> 通院証明             |
| <input type="checkbox"/> 生命保険死亡診断書     | <input type="checkbox"/> 建設連合慶弔見舞金請求書(入院) |
| <input type="checkbox"/> 生命保険入院証明書     | <input type="checkbox"/> その他の補装具処方意見書     |
| <input type="checkbox"/> 生命保険障害診断書     | <input type="checkbox"/> その他(各種診断書・証明書)   |
| <input type="checkbox"/> 保険会社(通院診断書)   | <input type="checkbox"/> ( )              |
| <input type="checkbox"/> 厚生年金診断書       | <input type="checkbox"/> ( )              |

私は、裏面の文書料金表を確認した上で、上記で選択した文書の申請を行います。又、代理人氏名欄に署名捺印されている場合には、その者へ申請受け取りに関する全ての行為について委任します。

① 患者氏名 : \_\_\_\_\_ (印)

※本人以外の場合は、以下にもご記入をお願いします。

代理人氏名 : \_\_\_\_\_ (印)

続柄(患者様との関係) : \_\_\_\_\_

② 申請者住所 : \_\_\_\_\_

③ 申請者連絡先 : \_\_\_\_\_

<代理者本人確認書類> ※当院記入欄
<input type="checkbox"/> 運転免許証 (No. _____)
<input type="checkbox"/> 保険証 (No. _____)
<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )

療法人 敬親会 豊島病院  
TEL : 099-253-0317  
FAX : 099-252-3993