

文書交付申込書

裏面の注意事項を理解しました。

申込者の署名 _____

医療法人 風のすずらん会

申込日： _____年 _____月 _____日

患者	フリガナ		生年月日
	氏名		_____年 _____月 _____日

※申込者が患者本人の場合、連絡先以外の記入は不要です。

申込者	フリガナ		続柄
	氏名		

依頼内容	医療保険適応外	医療保険適応
	<input type="checkbox"/> 自立支援医療	<input type="checkbox"/> 傷病手当金
	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書
	<input type="checkbox"/> 障害年金	<input type="checkbox"/> その他(_____)
	<input type="checkbox"/> ハローワーク提出	
	<input type="checkbox"/> 生命保険	
	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当	
	<input type="checkbox"/> その他(_____)	

受取方法	<input type="checkbox"/> 窓口	<input type="checkbox"/> 電話連絡→続柄 _____ ※連絡先は確実につながる電話番号をご記入ください。 TEL _____ <input type="checkbox"/> 次回受診(_____ / _____) ※次回診察日に受取りを希望されても間に合わない可能性もございます。
	<input type="checkbox"/> 郵送	レターパックライト (370円) 電話連絡は致しません

レターパック送付先
〒 _____
住所

氏名

受付日	_____
受付者	_____
患者ID	_____

診断書等のお申し込み時の注意事項

医療法人 風のすずらん会

お申し込みにあたっては、以下の事項についてご確認をお願いします。

- ①料金は依頼時に窓口にてお支払いください。振込も可能です。
- ②診断書のお申し込み後発行までは 3～4 週間お待ちいただきます。また、事情により遅れることがあること、病状によってはそれ以上の日数を要する場合がありますので早めにお申し込み下さい。
- ③未来日の証明はできません。期間到達後に申し込みください。
- ④電話での依頼は受付けておりません。窓口でお申し込みください。
- ⑤診断書に記載すべき内容によっては、必要事項を確認するために改めて診察や検査を受けていただかなければならないことがあります。
- ⑥再発行ご希望の場合は、再度代金が発生しますので、ご注意下さい。
- ⑦生活保護受給中で、料金のご負担が難しい場合はお早めに福祉事務所担当者の方へ連絡をお願いします。都合により一旦料金をご負担いただく場合がございますのでご了承下さい。
- ⑧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。その際は、一旦お預かりした診断書等を作成せずお返しし、代金をご返金させていただきます。