

# 文書申込兼引き換え証

◆病院記入欄（入・外） 文書番号：

※文書の種類によっては、申し込み後、**リハビリ評価や受診が必要**となる場合があります。

※医師の判断により**要望に沿った内容にならない場合**があります。

※文書完成までの期間：**3週間前後**（種類・内容等によっては1カ月前後かかる場合もございます。）

※保管期限：文書**完成後6か月以内**の受け取りをお願い致します。**期限を超えたものは破棄**されます。

**上記についてお読みいただき、ご同意いただけましたら太枠内のご記入をお願い致します。**

ご不明な点がございましたら、職員までお声掛けください。

申込日：20 年 月 日

文書の記載について医師へ確認（済・していない）

## ◆ 患者情報 ◆

患者名 (診察券 ID ) 生年月日 (大・昭・平・令) 年 月 日

住 所 電話( ) -

診療科 1) 科 (主治医) 2) 科 (主治医)

## ◆ 申込者 ◆ ( 同上 ) ※ご本人以外の方が申し込まれる場合は「委任状」が必要です

氏 名 続 柄

住 所 電話( ) -

## ◆ 文書種別 ◆

- 当院書式の診断書(  職場提出用  警察  その他: )  
 生命保険 (  入院分  通院分  入院+通院分  手術 (入院・外来))  
 傷病手当金 (  入院分  通院分  入院+通院分)  
 特定疾患臨床調査個人票 (  初回  2回目以降/前医: 病名: )  
 労災 (  初回  2回目以降)  
 その他 ( )

【診察又はリハビリ評価必須書類】

- 身体障害者手帳診断書 (  肢体不自由  心臓  ぼうこう直腸  その他: )  
 公安委員会提出用診断書 (  脳卒中  てんかん  認知症)  
 障害者年金診断書 ※下記についてもご記入ください  
(  初回  2回目以降/前医: ) (  肢体不自由  精神  その他: )  
 精神障害者保健福祉手帳 (  初回  2回目以降) (  てんかん  他)  
 精神通院医療の申請 (  初回  2回目以降)

◆ 証明期間 ◆ ① 年 月 日 ~ 年 月 日

② 年 月 日 ~ 年 月 日

持参用紙

- 原本 \_\_\_\_\_ 枚  
 封筒 \_\_\_\_\_ 枚  
 切手 \_\_\_\_\_ 枚  
 他: \_\_\_\_\_ 枚

## <受け渡し方法とお持ちいただく物>

- 郵送をご希望の場合 (別途、切手代を頂戴しております)  
 文書完成時のご連絡希望  
 病院窓口での受け取りをご希望の場合は下記をお持ちください  
 ご 本 人 : 診察券・身分証明書・文書申込兼引き換え証  
 ご本人以外: **委任状/代理人申告**・診察券・受け取る方の身分証明書・文書申込兼引き換え証  
※故人に係る申込の際は、上記に加え故人と申込者の関係を証明できる戸籍謄本、公正証書の写しが必要です  
 病棟(入院中に限る)での受け取りを希望する(※ご本人以外の場合は身分証明書と委任状が必要です)  
 未定 (文書完成後にご相談させていただきます。※こちらからご連絡差し上げます。)

受付担当者：

2階文書窓口 平日 9:00~16:30、土曜日 9:00~11:30

## ◆料金

円(税込 ※切手代 枚分含む)  切手代のみ済  未  済  入院費合算

〒065-0033  
札幌市東区北33条東1丁目3-1  
社会医療法人 榎心会 札幌榎心会病院

電話番号 011-712-1131  
料金に関するお問い合わせ：文書受付 (内線 231)  
診断書の記載内容に関するお問い合わせ：文書係 (内線 495)

---【病院記入欄】-----

●申込番号： \_\_\_\_\_

●交付番号： \_\_\_\_\_

<p>申込者：ご本人</p> <p><input type="checkbox"/> 診察券</p> <p><input type="checkbox"/> 身分証明書（<input type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 未確認）</p> <p>申込者：ご本人以外</p> <p><input type="checkbox"/> ご本人の診察券</p> <p><input type="checkbox"/> 申込者の身分証明書（<input type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 未確認）</p> <p><input type="checkbox"/> 委任/代理（<input type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 未確認）</p> <p>故人に係る申込</p> <p><input type="checkbox"/> ご本人の診察券</p> <p><input type="checkbox"/> 申込者の身分証明書（<input type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 未確認）</p> <p><input type="checkbox"/> 続柄確認の公的書類（<input type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 未確認）</p> <p>※3か月以内に発行されたもの（写し可）</p> <p>★未確認★</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・郵便交付⇒当院にて確認後に郵送</li><li>・窓口交付⇒交付時提示必須</li></ul>	<p><b>※申込時※</b></p>
--	---------------------

<p>申込者：ご本人</p> <p><input type="checkbox"/> 診察券</p> <p><input type="checkbox"/> 身分証明書 ※交付時提示必須</p> <p>申込者：ご本人以外</p> <p><input type="checkbox"/> ご本人の診察券</p> <p><input type="checkbox"/> 受取り者の身分証明書 ※交付時提示必須</p> <p><input type="checkbox"/> 委任/代理 ★申込時未確認=交付時提示必須</p> <p>故人に係る申込</p> <p><input type="checkbox"/> ご本人の診察券</p> <p><input type="checkbox"/> 受取り者の身分証明書 ※交付時提示必須</p> <p><input type="checkbox"/> 続柄確認の公的書類 ★申込時未確認=交付時提示必須</p>	<p><b>※交付時※</b></p>
---	---------------------

[ 保険 ]  (※限度確認 TEL)

保険 (限度額： \_\_\_\_\_ 円)

料金(税込)

・ 文書代 \_\_\_\_\_ 円

保険適用文書

・ 切手代 \_\_\_\_\_ 円 (定型内[110円/~50g]・定型外[140円/~50g]・速達[300円/~250g])

[精算方法]

- 現金・クレジットカード(暗証番号明確かつ一括)：精算機にてお支払い
- クレジットカード(暗証番号不明または分割払い)：医事課レジにてお支払い

[お支払い当日の診察状況]

- なし(※検査・リハビリのみの来院含む)
- あり(※受診費と合算)

○お受け取りされた方

氏 名 \_\_\_\_\_

続 柄 \_\_\_\_\_