

# 文書申込書

医事課使用欄： スキャン ☐

診察券の番号をご記入ください

ID

令和

年

月

日

※太枠内のご記入をお願い致します。

|        |                                    |                   |                                     |            |     |
|--------|------------------------------------|-------------------|-------------------------------------|------------|-----|
| 患者記入欄  | フリガナ                               |                   |                                     |            | 男・女 |
|        | 患者氏名                               |                   |                                     |            |     |
|        | 生年月日                               | 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 |                                     |            |     |
|        | 患者住所                               | 〒                 |                                     |            |     |
|        | 患者連絡先                              | TEL               |                                     |            |     |
|        | 希望受取方法<br>どちらかに○                   | 来院にて              | 外来診察日等に受取りご希望の場合は<br>来院予定日を記入してください | 月 日        |     |
|        |                                    | 郵送                | 郵送の場合は、別途 430円(レターパック代)がかかります       |            |     |
|        | ↓以下の項目については、申込者が患者以外の場合のみ記入して下さい。↓ |                   |                                     |            |     |
|        | フリガナ                               |                   |                                     | 患者との<br>関係 |     |
|        | 申込者氏名                              |                   |                                     |            |     |
| 申込者住所  | 〒                                  |                   |                                     |            |     |
| 申込者連絡先 | TEL                                |                   |                                     |            |     |

\*ご希望の文書の欄に、必要数を入れてください\*

| 文書種類       | 代金                  |   |                                               |             |  |
|------------|---------------------|---|-----------------------------------------------|-------------|--|
| 保険会社提出用診断書 | 10,000円             | 通 | 証明希望期間                                        | 年 月 日 ~ 月 日 |  |
| 当院所定診断書    | 8,000円              | 通 | 備考<br><br>紹介状 (医療機関名等)<br>_____<br>(診療科) 科 先生 |             |  |
| 身体障害者診断書   | 12,000円             | 通 |                                               |             |  |
| 紹介状        | 250点(3割750円、1割250円) | 通 |                                               |             |  |
| その他のもの     | 別途お伝えします            | 通 |                                               |             |  |
|            |                     |   |                                               |             |  |

\*郵送で受取ご希望の方は 下記のどちらかに ○を付けてください\*

|                  |       |         |
|------------------|-------|---------|
| 請求書・出来上がり文書の郵送先は | 患者様住所 | お申込者様住所 |
|------------------|-------|---------|

こちらの申込書と記載ご希望の文書(診断書用紙等)と合わせて、下記の住所までご郵送ください  
(当院所定診断書をご希望の場合は用紙はこちらで用意します)

〒141-0001 東京都品川区北品川5-4-12  
大崎病院 東京ハートセンター 受付 宛

※お申し込み後の取り消しは対応いたしかねますのでご了承ください。