

## 郵送での文書申込について

### 《手続きの流れ》

**指定の診断書-①、返信用封筒-②、身分証明書の写し-③**をご用意ください

※返信用封筒には書類送付先の住所、氏名をご記入の上、84円切手を貼ってください

※患者本人以外の方が申請される場合は患者本人との関係性がわかるもの-④を同封してください



**文書申込書-⑤**をプリントアウトし、必要事項を記入してください



①～⑤を当院へ郵送してください



郵送された文書を確認後、当院より請求書を送付いたします



請求書がお手元に届きましたら、振込にてお支払いをお願いいたします  
※振込手数料はご利用者様負担となります



お支払いが確認できましたら、返信用封筒にて書類を送付いたします

### 《郵送及び問い合わせ先》

〒923-8560

石川県小松市向本折町ホ60番地

小松市民病院 文書受付

TEL0761-22-7111（内線1113）

# 文書申込書 (郵送申請用)

※太枠内ご記入ください。

申込年月日： 年 月 日

## ■患者様について

IDNo.	
フリガナ	
氏名	
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
住所	
電話番号	- -

## ■患者様以外を受取人とする場合に記入してください

フリガナ	
受取人氏名	
受取人電話番号	- -
患者様との ご関係	<input type="checkbox"/> 夫、妻 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟、姉妹 <input type="checkbox"/> その他 ( )
同意欄	上記の者を代理人として受け取ることに同意します 患者氏名： <input type="text"/> <input type="checkbox"/> (自署又は記名押印)

※患者様との関係性が分かるものを同封してください

## ■申請内容について

担当医	科・医師名
証明期間	年 月 日～ 年 月 日 入院・通院
提出先	保険会社・勤務先・ その他 ( )
担当医	科・医師名
証明期間	年 月 日～ 年 月 日 入院・通院
提出先	保険会社・勤務先・ その他 ( )

## ■主な文書料金について

文書の種類	金額(税込)(1通につき)
保険会社診断書	¥3,300
診断書(当院定型)	¥2,200
証明書(当院定型)	¥1,650
死亡診断書	¥3,300
医療費納入証明書	¥1,100
傷病手当金請求書	保険点数×給付割合

≪病院記入欄≫

受付者	記入者	オーダー入力者	保管・請求書送付者	書類送付者
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日