

郵送での文書申込について

《申込時に必要となるもの》

① 指定の診断書

② 返信用封筒

※封筒には書類送付先の住所、氏名を記入し、110円切手を貼ってください

③ 患者さま本人の身分証明書の写し

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

④ 文書申込書

※プリントアウトし、記入例を参考に必要事項を記入してください

《申込の流れ》

《申込時に必要となるもの》①～④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

(郵送依頼用)

申込年月日: 年 月 日

■患者様の情報

患者番号		生年月日	大・昭	年	月	日
フリガナ			平・令			
氏名		住所	〒			
電話連絡先(平日 8:30~17:00)	— —		(自宅・会社・携帯)			

■申込者(患者様ご本人の場合は記入不要)

フリガナ		患者様との ご関係	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 夫・妻	<input type="checkbox"/> 親	
申込者氏名			<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> その他()		
電話連絡先 (平日 8:30~17:00)	— —		(自宅・会社・携帯)			
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: (印) (自署又は記名押印)					

■文書申請内容 ※特に記載してほしい内容がある場合はMEMO欄へ記入してください

文書の種類	通	金額	コード	証明期間など
保険会社診断書()		¥3,300	95815	(入院・通院) 科 医師 年 月 日 ~ 年 月 日
病院所定の診断書()		¥2,200	95813	
病院所定の証明書()		¥1,650	95812	(入院・通院) 科 医師 年 月 日 ~ 年 月 日
医療費納入証明書		¥1,100	95811	
死亡診断書		¥3,300	95815	(入院・通院) 科 医師 年 月 日 ~ 年 月 日
傷病手当金請求書		点数×給付割合	880060	
指定難病・小児慢性(□新規 □更新)		¥3,300	95815	(入院・通院) 科 医師 年 月 日 ~ 年 月 日
身体障害者(□新規 □更新)		¥3,300	95815	
障害者年金診断書(□新規 □更新)		¥3,300	95815	(入院・通院) 科 医師 年 月 日 ~ 年 月 日
労災休業補償		—	880360	
出産手当金、出産一時金請求書		¥1,100	95836	(入院・通院) 科 医師 年 月 日 ~ 年 月 日
その他()				

※上記の文書料金を負担することに同意します。

MEMO欄(特に記載してほしい内容がある場合はご記入ください)

◀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	書類送付者
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日

文書申込書(記入例)

(郵送依頼用)

申込年月日: 令和7年1月30日

■患者様の情報

患者番号	123456789	生年月日	大・昭 平・令 5年1月1日
フリガナ	コマツ タロウ		
氏名	小松 太郎	住所	〒0000-0000 〇〇市△△町□番地
電話連絡先(平日 8:30~17:00)	123-4567-8910 (自宅・会社・携帯)		

■申込者(患者様ご本人の場合は記入不要)

フリガナ	コマツ ハナコ	患者様との ご関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 夫・妻 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他()
申込者氏名	小松 花子		
電話連絡先 (平日 8:30~17:00)	012-3456-7890 (自宅・会社・携帯) ※文書の内容について確認したいときにお電話いたします。優先順位がある場合は①、②と記載してください。		
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: 小松 太郎 (印) (自署又は記名押印)		

■文書申請内容 ※特に記載してほしい内容がある場合はMEMO欄へ記入してください

文書の種類	通	金額	コード	証明期間など
保険会社診断書(〇〇生命、□□生命)	2	¥3,300	95815	(入院・通院) 外科 小松 医師 令和6年12月1日 ~ 令和6年12月20日
病院所定の診断書()		¥2,200	95813	
病院所定の証明書()		¥1,650	95812	(入院・通院) 外科 小松 医師 令和6年12月24日 ~ 令和6年12月27日
医療費納入証明書		¥1,100	95811	
死亡診断書		¥3,300	95815	(入院・通院) 科 医師
傷病手当金請求書		点数×給付割合	880060	年 月 日 ~ 年 月 日
指定難病・小児慢性(□新規 □更新)		¥3,300	95815	(入院・通院) 科 医師
身体障害者(□新規 □更新)		¥3,300	95815	年 月 日 ~ 年 月 日
障害者年金診断書(□新規 □更新)		¥3,300	95815	(入院・通院) 科 医師
労災休業補償		—	880360	年 月 日 ~ 年 月 日
出産手当金、出産一時金請求書		¥1,100	95836	(入院・通院) 科 医師
その他()				年 月 日 ~ 年 月 日

※上記の文書料金を負担することに同意します。

MEMO欄(特に記載してほしい内容がある場合はご記入ください)

入院中にカテーテル検査をしたので、手術欄にそのことを記入してほしい
〇〇生命分は退院後の通院も証明してほしい

◀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	書類送付者
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日

確認

-
- 運転免許証
-
-
- マイナンバーカード
-
-
- その他()