

証明書等交付申請

申込日 年 月 日

長浜赤十字病院長 様

病棟・診療科: 主治医:

患者氏名:

患者番号:

生年月日: T・S・H・R 年 月 日

電話番号: - -

※患者さんご本人以外の方が申込まれる場合にご記入ください。

申請者 患者さんとの続柄

住所

氏名

お問合せ先

電話番号

【委任状・同意書】 有 ・ 次回 (書類受取時)

原則として、患者さんご本人以外の場合には必要です。

未成年者や患者さんの状態により必要のない場合があります。

〈税込〉

Table with 9 columns: 様式種別, 枚数, 単価, 様式種別, 枚数, 単価, 様式種別, 枚数, 単価. Includes items like 入院証明書, 傷病手当, 診療情報提供書, etc.

Table with 3 columns: 様式種別, 枚数, 単価. Includes items like 後遺症診断書, 年金, 身体障害者手帳, etc.

診察室 要確認

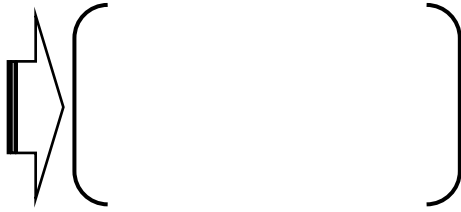


Table with 2 columns: 安全会(年 月分) 料金無料

※ 証明期間:

※ 通院証明: 否 ・ 要 (/ ~ /)

書類等預かり書

(申請者渡し)

患者氏名:

申込日 年 月 日

患者番号:

長浜赤十字病院

病棟・診療科: 主治医:

〈税込〉

Table with 9 columns: 様式種別, 枚数, 単価, 様式種別, 枚数, 単価, 様式種別, 枚数, 単価. Includes items like 入院証明書, 傷病手当, 診療情報提供書, etc.

Table with 3 columns: 様式種別, 枚数, 単価. Includes items like 後遺症診断書, 年金, 身体障害者手帳, etc.

お支払いの際には、

『診察券』が必要となります。ご持参ください。

Table with 2 columns: 安全会(年 月分) 料金無料, 【お問合せ先: 8:30~17:00平日のみ (代表:63-2111) 外来業務課】

④ 保険適用書類の受取時にはマイナ保険証又は資格確認書を確認させていただきます。

上記の書類をお預かりいたしましたので、受取時にお支払い願います。この預かり書をご提出の上で交付いたしますので、必ずご持参ください。

尚、患者さん以外の方が受取りに来られる場合は、委任状をご持参ください。

⇒患者さんの状態によりましては、受取りに来られた方の身分証明書(運転免許証等)の確認をさせていただきます。

受取日: 年 月 日 受取人: 様
受渡担当者: () 続柄: (本人・配偶者・親権者・)

※書類の交付には2週間程度期間をいただいておりますが、場合によってはそれ以上かかることもございます。

※書類完成の連絡は行っておりませんので、お手数をお掛けしますが、お電話にて確認後、ご来院いただきますようお願いいたします。

お電話でのお問合せ (代表)63-2111 医療情報管理課 <お問合せ時は患者番号をお伝えください。>

※受渡時間 8:30~17:00(平日のみ) (土曜日・日曜日・祝日は休診です。)