

文書申込書

医療法人社団 悠心会 森田病院宛

ご依頼日

年

月

日

患者 情報	氏名	ID				
	生年月日	大正	昭和	平成	令和	性別
	年	月	日	男	・	女
依頼 内容	住所					
	連絡先					
	<input type="checkbox"/> 保険会社	<input type="checkbox"/> 労災関係	<input type="checkbox"/> マッサージ	<input type="checkbox"/> 受領証明	円	点
	<input type="checkbox"/> その他 ()					円 点
	記載期間	年	月	日	～	年 月 日
特記事項 ★	提出先、具体的内容、医療機関名など					

※依頼者が患者様以外の場合、ご記入ください

依頼 者	氏名	続柄
	住所（郵送先）	
	連絡先	

※受取者が患者様以外の場合、ご記入頂き委任状の添付をお願いいたします

受 取 者	同上	氏名	続柄
	住所（郵送先）		
	連絡先		

※ご連絡事項

患者様ご本人以外がお受け取りの場合、身分証のご提示と委任状が必要になります。

完成まで1週間～10日程度、書類の内容では3週間程度のお時間がかかります。

ご不明な点は、森田病院/文書担当(042-784-4114)まで、お問い合わせください。

受 領 欄	上記書類を受け取りました。 年 月 日 患者氏名
-------------	-----------------------------

委任状

森田病院
病院長殿

私は _____ (代理人氏名)を代理人と定め、診断書・証明書等の
申し込み・受領等の諸手続きに関することを委任いたします。

依頼年月日: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名: _____ (自署) 生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日
住所: 〒 _____

代理人氏名: _____ 生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日
住所: 〒 _____

- 患者様本人以外の方が、書類の申し込み・受領をされる場合には以下のものが必要です。
 - ①文書申込書…受付にご用意しております。
 - ②記入済みの本委任状
 - ③代理人の方の本人確認書類(運転免許証、マイナンバーカード等)
 - ④書類預かり時に発行する「引換証」(受取時に必要です)
- 委任状の署名欄は患者様ご本人の自署でお願いいたします。
- 本委任状の有効期限は依頼年月日より6か月間有効です。
- 以下の場合書類のお渡しをお断りさせていただきます。
 - ※代理人と氏名が異なる場合。
 - ※本人確認書類を持参されなかった場合。
 - ※有効期限切れの委任状を持参された場合。
 - ※委任状が写し(コピー)の場合。

森田病院