

書類等作成申込書

DOCUMENT CREATION APPLICATION FORM

ID () 受付日 年 月 日

患者情報	患者氏名 Name										
	生年月日 Date of birth	明	・	大	・	昭	・	平	年	月	日生
	住所 Address										
	電話番号 Phone No.										

依頼者情報					
氏名		電話番号		続柄	

※文書が完成後電話連絡を希望される方は、日中、必ずご連絡可能な電話番号をご記載ください。

依頼内容	主治医 Dr.							
	入院期間 Length of hospital stay	年	月	日	～	年	月	日
	通院期間 Period of outpatient treatment	年	月	日	～	年	月	日
	傷病手当・休業補償期間 Claim period	年	月	日	～	年	月	日
証明内容	<input type="checkbox"/> 入院日 <input type="checkbox"/> 通院日 <input type="checkbox"/> 療養(見込)期間 <input type="checkbox"/> その他()							

《事務記入欄》

種類	証明書・診断書	その他 ()
文書料	円(税込)【未収・受領済・入院費へ】 (封筒 有・無)	
受取指定日:	無 ・ 有 (年 月 日)	対応者
電話連絡:	必要 ・ 不要	
種別:	診断書・入院証明書・傷病手当・休業補償・特定疾患意見書・障害者年金 その他()	

外来・入院 (3F・4F・5F・6F)

処理日: /

医療法人 若葉会
西条中央病院