

文書作成依頼書兼受領書

受付日

受付番号	
------	--

太線内をご記入ください

患者番号	— —	
生年月日	大平昭令	年 月 日
(ふりがな) 患者氏名		
住 所	〒	
電話番号	自宅	()
	連絡先	()
(ふりがな) 申込者	本人との続柄()	

文書の種類	数量	単価(税込)	金額
当院書式の診断書		3,300円	
保険会社診断書(患者持参)		5,500円	
自賠償診断書		5,500円	
自賠償明細書		5,500円	
労災関係(様式 号)			
特定疾患()・新規・更新		4,400円	
傷病手当金意見書		100点	
自立支援医療費診断書・意見書		4,400円	
身体障害者診断書・意見書		4,400円	
障害年金診断書		5,500円	
受診状況証明書		5,500円	
手術・放射線照射診療報酬点数確認書		3,300円	
療養申請書類		0円	
療養見舞金請求書(互助会)		3,300円	
医療等の状況		0円	
精神障害福祉手帳用診断書		4,400円	
領収証明書		3,300円 ～ 5,500円	
その他			
合 計			

診療科	科	担当医	医師
証明内容	入院期間	～	
	通院期間	～	
	労務不能期間	～	
	手術施行日		
	事故発生日		
提出先	・保険会社 ・勤務先		
	・その他()		
利用目的	・保険金請求 ・その他 ()		
	・保険加入		
受取方法	窓口	出来上がり次第 TEL: () ・不要	
	郵送 (簡易書留のみ)	送付先を別に指定する場合 〒	

☆ 受取日: 年 月 日

☆ 受取者ご署名:

備考	
----	--

病院使用欄

--

※この書類は文書のお申込、お受け取りの際の控えとなりますので、大切に保管してください。

お問い合わせ先 東京通信病院 医事課中央受付(文書窓口) 電話03-5214-7729
