

# 文書交付申請書

受付日 年 月 日 (担当: )

ボールペンでご記入ください

## ■お申込みに来られた方についてご記入下さい

### ■患者さんのお名前

診察券番号	
お名前	
住所	
電話番号	
本人確認書類	保健証・マイナンバーカード・運転免許証 その他 ( )

お名前	(自署)
患者さんとの関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 ( )
住所	※本人の場合は不要
電話番号	
受取予約	<input type="checkbox"/> アプリ予約 <input type="checkbox"/> 窓口予約 / (担当: ) <input type="checkbox"/> 電話予約
委任状	本人のため不要 ・ 済
本人確認書類	保健証・マイナンバーカード・運転免許証 その他 ( )

### ■証明期間

### ■文書名

診断書 (当院の様式)	2,200 円	通	保険会社が指定する書式		通
臨床調査個人票 (新規)	3,300 円		自賠責診断書	5,500 円	
臨床調査個人票 (更新)	2,200 円		自賠責明細書	5,500 円	
通院証明書 (自動車税の減免)	1,100 円		診断書 (障害年金)	5,500 円	
診断書 (英語版)	5,500 円		診断書 (保険給付金)	5,500 円	
処方薬報告書 (英語版)	3,800 円		通院日数証明書	5,500 円	
血液検査結果報告書 (英語版)	3,800 円		後遺障害診断書	5,500 円	
支払い証明書 (年内で 1 枚)	1,650 円		医師面談料	5,500 円 / 30 分	
病名のある診療情報明細書 (月毎に 1 枚)	1,650 円				
同上 (100%で支払った場合の請求用) (1 回のみ 0 円)					

### ■使用目的 (任意)

--

以下、当院記入欄

- ・料金領収【 済 (担当: ) 】
- ・記入前の確認必要事項【 なし、 あり (問診・診察・検査) 】
- ・預かり【 可 ・ 不可 】 (医師名: )

■受渡 (日付: 年 月 日 担当: )

受取者氏名	(自署) (続柄)
本人確認書類	保健証・マイナンバーカード・運転免許証 その他 ( )

医療法人 あゆみ桜会  
皮ふ科眼科くめクリニック