

APPLICATION FOR DOCUMENTS 文書申込用紙

申込年月日	Application Date (yyyy/mm/dd)						年	月	日
(フリガナ) Patient's Name 患者氏名	-----			Patient Registration Card Number 診察券番号					
Date of Birth 生年月日	明・大・昭・平	Year	Month	Day	Sex.	M	F		
		年	月	日	性別	男	女		
Department 診療科				Physician 担当医					
Period of Consultation 通院期間(該当期間)	Year	Month	Day	~	Year	Month	Day		
	年	月	日	~	年	月	日		
Period of Hospitalization 入院期間	Year	Month	Day	~	Year	Month	Day		
	年	月	日	~	年	月	日		
Claimant's Name 申込者氏名 (手続者氏名)	<input type="checkbox"/> 本人(下記住所・電話の記入をお願いします)			Relationship 患者との 続柄					
Claimant's Address 申込者住所 (連絡先)	〒 住所： ①Tel. ( ) ②Tel. ( )								

In case the claimant is not the patient his or her authorization is required.  
患者さんご本人以外が申し込む際は委任状・同意書が必要です。

- ・It will take around 2 weeks. Please be aware that in some cases there may be a delay.
- ・書類作成期間は2週間程度ですが、時間がかかる場合もありますのでご了承ください。
- ・We will send you the documents by registered mail.
- ・書類は簡易書留郵便にて送付いたします。

\*\*\*If you have any questions, please call 03-5550-7091(direct to the Documentation Services), 8:30 am - 5:00 pm, Monday through Friday.  
問合せ先 聖路加国際病院 医事課文書係 Tel. 03-5550-7091(直通) 平日 8:30 ~ 17:00

から依頼 までに 発送・窓口受取りを希望

スタッフ記入欄 (For office use only)

依頼文書

- |                   |                 |               |      |
|-------------------|-----------------|---------------|------|
| 1 生命保険診断書         | ___通(うち原本 ___通) | 13 自賠責診断書     | ___通 |
| 2 かんぽ生命診断書        | ___通            | 14 自賠責明細書     | ___通 |
| 3 アメリカンファミリー診断書   | ___通            | 15 後遺症診断書     | ___通 |
| 4 死亡診断書           | ___通            | 16 英文診療費診断書   | ___通 |
| 5 院内書式診断書         | ___通            | 17 明細書        | ___通 |
| 6 診療情報提供書         | ___通            | 18 診断書        | ___通 |
| 7 傷病手当金申請書        | ___通            | 19 点数証明書      | ___通 |
| 8 休業補償申請書         | ___通            | 20 通院証明書      | ___通 |
| 9 出産手当金申請書        | ___通            | 21 領収証明書      | ___通 |
| 10 鍼・灸・マッサージ施術同意書 | ___通            | 22 証明書        | ___通 |
| 11 照会状回答書         | ___通            | 23 臨床調査個人票( ) | ___通 |
| 12 身体障害者診断書       | ___通            | 24 ( )        | ___通 |

備考欄

※申し込みが複数ある場合

計 \_\_\_通

- |            |                |
|------------|----------------|
| ・連携室にて宛先決定 | ・TA(93・INS・91) |
| ・初回 更新 継続  | ・本人同伴 郵送先は本人宛  |
| ・通院 有・無    | ・Dr了承 済・未      |
| ・放射線治療 有・無 | ・就業不能期間 有・無    |

文書料金	2,600 円 × 通 3,650 円 × 通 6,900 円 × 通 9,050 円 × 通 ___円 × 通 ___円 × 通 (済・未・無)
依頼医師	連絡日
依頼先	チャート 添付 有 返却
依頼日	処理者