

APPLICATION FOR DOCUMENTS 文書申込用紙

※太枠内をご記入ください。

申込年月日	Application Date (yyyy/mm/dd) 西暦 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・令	Year Month Day 年 月 日	Sex. 性別	M 男	F 女
Department 診療科	Physician 担当医				
Period of Consultation 通院期間(該当期間)	Year Month Day 年 月 日	~	Year Month Day 年 月 日		
Period of Hospitalization 入院期間	Year Month Day 年 月 日	~	Year Month Day 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致します)	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の申込み・受取りの際は委任状・同意書が必要です。					

- It will take around 2~3 weeks. Please be aware that in some cases there may be a delay.  
文書作成期間は2~3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. 文書は簡易書留郵便にて送付いたします。
- Documentation, image preparation, etc. are not covered by insurance, so please make payment on your own expenses. (However, some insurances do apply.)  
文書・画像作成等は保険適用外ですので、自費負担になります。(ただし一部保険適用あり)

\*\*\*Document Services 03-5550-7091 (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

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

文書料金 (税込) 円 2,648 円×通 3,718 円×通 (済・未・無)  
7,027 円×通 9,218 円×通  
\_\_\_\_\_円×通 \_\_\_\_\_円×通

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		