

書類依頼書

以下を確認の上、問題が無ければすべてに☑をしてください

- 書類の申請ができるのは原則『ご本人様のみ』です。本人ではない場合は『委任状』が必要です。
- 診断書作成までに『約2ヶ月』ほどお時間を頂きます。
- 記載後の内容の追記・変更はできません。依頼内容をしっかり確認の上、お申し込みください。
- 診断書が複数枚ある場合や、それぞれ記載内容を変えたい場合にはスタッフへご相談ください。

患者情報	
申込日(西暦)	年 月 日
診察券番号	
氏名	
生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日生
電話番号	- -

書類の種類		(税込)
<input type="checkbox"/> 医療保険診断書 [B01]	¥8,800 ×	通
<input type="checkbox"/> 出産育児一時金(付加給付金)・手当金 [B03]	¥3,300 ×	通
<input type="checkbox"/> 傷病手当金 [B08] <small>申請ができる期間は過去の日付のみ</small>	¥300 × <small>(健康保険)</small>	通 代理人申請不可
傷病名	帝王切開 ・ 吸引分娩 ・ 流産 ・ つわり ・ 切迫流早産 その他 ()	
入院期間 または 療養期間	①	年 月 日 ~ 年 月 日
	②	年 月 日 ~ 年 月 日
	③	年 月 日 ~ 年 月 日
備考		

書類が完成した際の連絡先
メールアドレス(必須) : _____ @ _____
※予約システムに登録してあるメールアドレスをご記入下さい。登録が無い場合は上記アドレスを登録いたします。

希望する書類の受け取り方法	
<input type="checkbox"/> 窓口 での受け取り ¥0 <div style="background-color: red; color: white; padding: 2px; font-size: small;">ご本人様以外が申請をする場合、こちらの受け取り方法はご選択いただけません。</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> 受取時日付 : 月 日 受取時ご署名 : </div>
<input type="checkbox"/> 郵送 での受け取り [m49] ¥100 <small>※【宛先】をご記入ください</small>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 〒 - </div>

様