

書類依頼書

以下を確認の上、漏れのないようご記入ください

☑	確認事項
<input type="checkbox"/>	書類の申請ができるのは原則『ご本人様のみ』です。本人以外は『委任状』が必要です。
<input type="checkbox"/>	診断書作成までに『約2ヶ月』ほどお時間を頂きます。
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	書類の完成時は予約システムに登録してあるメールアドレスにご連絡を差し上げます。

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"/>	傷病手当金 [B08]	¥300 (健康保険) × 通
申請ができる期間は過去の日付のみ		
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		

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 <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。</small> <hr/> 受取後署名 受取後日付 : 月 日 受取時ご署名 :	<div style="font-size: 2em; font-weight: bold;">⇄</div> <input type="checkbox"/> 郵送 での受け取り ¥100 [m49] <small>※【宛先】をご記入ください</small> <hr/> 〒 - <div style="text-align: right; font-size: 1.2em;">様</div>