

診断書等書類申込書（郵送申込書）

診断書等書類について、以下の通り申し込いたします。

診察券番号		申込日	年 月 日
フリガナ		フリガナ	
氏名		申込者	続柄 ()
生年月日	年 月 日	氏名・続柄	
住所	〒		
自宅電話	— —	携帯電話	— —
診療科		主治医	
入院 証明期間	① 年 月 日～ 月 日 ② 年 月 日～ 月 日	通院 証明期間	要 ・ 不要 年 月 日～ 月 日
(その他特記事項)			

申込書類	備考
<input type="checkbox"/> 診断書（当院書式）	提出先：
<input type="checkbox"/> 診断書（指定様式）	
<input type="checkbox"/> 生命保険関係診断書	
<input type="checkbox"/> 証明書（医師記載）	
<input type="checkbox"/> 証明書（その他）	領収証明書等
<input type="checkbox"/> 各種意見書	書類名：
<input type="checkbox"/> その他	書類名：

同封いただく書類	
<input type="checkbox"/> 依頼書類の原本	<input type="checkbox"/> 本人確認書類のコピー（免許証・マイナンバーカード等）
<input type="checkbox"/> 診察券のコピー	<input type="checkbox"/> 返信用レターパック（宛名の記載をお願いいたします）
<input type="checkbox"/> 家族確認書類（住民票等）	<input type="checkbox"/> 委任状（保険会社等）

注意事項
<p>診断書等書類の作成期間は約4週間です。 提出先に書式原本があるか、確認してからお申込みください。 書類が出来上がり次第、振込用紙を郵送いたします。 振込手数料は患者様負担です。 振込確認後、郵送手続きとなります。</p>

郵送先 〒351-0102 埼玉県和光市諏訪2-1

独立行政法人国立病院機構 埼玉病院 医事室 文書窓口 宛