

郵便		病棟		窓口	
----	--	----	--	----	--

新潟大学医歯学総合病院

文書申込書・預り書

* 太枠の中のみ記入してください。 申込日 年 月 日

受診券番号：		科		担当医名	医師
フリガナ		男・女	生年月日		
氏名			明・大・昭・平 年 月 日		
住所	TEL — —				
申込者 (本人以外)		患者さんとの関係	配偶者・親・子・その他 ()		
連絡先名称	自宅 (家族・申込者)・その他 () TEL — — ※日中連絡のつきやすい電話番号を必ずご記入下さい。				
受渡方法	☐ 郵送希望 (☐ 切手あり ・ ☐ 切手なし) ※切手なしの場合は、切手代を併せて請求いたします。 ※文書料金がかかる書類は請求書を同封いたします。 ☐ 出来上がり次第TEL ☐ 次回予約日受取り希望 (月 日) ※予約日に7番窓口へお越しください。ただし、当日必ずお渡しできるとはかぎりません。				
文書料金	通 円				

文書の種類及び証明期間をご記入ください。

文 書 名	必要 通数	各 証 明 期 間
診断書・証明書(病院所定) 提出先 ☐ 学校 ☐ 会社 ☐ () 記載事項 ☐ 入院期間 ☐ 退院後の療養期間 ☐ 病名 ☐ ()		年 月 日 ~ 年 月 日
診断書・証明書(保険会社用) ☐ 通院特約あり ☐ 通院特約なし		年 月 日 ~ 年 月 日
死亡診断書		年 月 日 ~ 年 月 日
傷病手当金		年 月 日 ~ 年 月 日
障害年金・受診状況等証明書・障害状態確認届		年 月 日 ~ 年 月 日
特別児童扶養手当		年 月 日 ~ 年 月 日
免許センター		年 月 日 ~ 年 月 日
		年 月 日 ~ 年 月 日
		年 月 日 ~ 年 月 日
備 考		

月 日		通	病棟使用欄	☐ 医師クランク連絡済 ☐ 医師連絡済
-----	--	---	-------	--