

書類発行申請書

申請日 年 月 日

申請者氏名（フリガナ）

患者番号

様

氏名

様

出来上がり後の電話連絡

希望しない 希望する

ご連絡先電話番号

ご希望の時間帯

時頃 ※平日 9:00~17:00 に限ります

出来上がり後郵送希望

希望する ※文書代は前払いとさせていただきます
郵送代 520 円が別途必要となります

/

書類引換券（郵送受付券）

申請日 年 月 日

患者番号

申し訳ありませんが出来上がりまで
3週間前後お時間をいただいております

氏名

様

ご依頼文書

<input type="checkbox"/> 生命保険	通	<input type="checkbox"/> 身障者認定書	通
<input type="checkbox"/> 傷病手当	通	<input type="checkbox"/> 国民年金厚生年金診断書	通
<input type="checkbox"/> 一般診断書	通	<input type="checkbox"/> 死亡診断書	通
<input type="checkbox"/> 臨床調査個人票	通	<input type="checkbox"/>	通

※書類お引き取りの際は必ずこの引換券をご持参ください
文書作成後のキャンセルは料金をお支払いいただきますので、ご了承ください

お問い合わせ 埼玉県済生会加須病院 0480-70-0888（代表） 内線 1002 文書担当