

# 書類引換券

この書類引換券は、書類をお受取りになる際に必ずご持参いただき、**計算受付にお出し下さい。**  
書類のお預かり期間は3週間程度ですが、書類の内容や医師により長くなる場合があります。

書類をご申請になる際は、以下の注意事項をご確認いただき、欄にをお願い致します。

書類の代金は一部を除きすべて申請時支払いとなります。また患者さんの  
ご都合によるキャンセルはお受け致しかねますのであらかじめご了承ください。

尚、医師の判断により作成不可の場合にのみ返金させていただきます。

書類の記載内容は、医師の判断によりご希望に添えない場合がございます。

患者さんご本人以外の方がご申請・お受取りをご希望の場合は、必ず委任状  
とお受取りになられる方の身分証明書のご用意をお願いします。

申請に関するトラブルに関しましては当院は一切責任を負いかねます。

申請日から、6ヶ月を経過してもお受取りが無い場合、作成した書類は破棄  
させていただきます。また、その場合に返金は致しかねます。

同意日 年 月 日 続柄 ( )  
ご署名 ( )

診療科	科	申請書類の枚数
診療券番号		
患者氏名		枚

書類をお受取りの際ご持参頂くもの  書類引換券  保険証  診察券  
 委任状  身分証明書  その他 ( )

書類をお受取りになった方 本人・本人以外  本人  本人以外  
氏名 続柄

受付時間 平日月曜～金曜8:30～17:30 (※休診日、時間外のお受け取りは出来ません)

お問い合わせ 千葉県済生会習志野病院  
書類係 047-473-1281

お渡し日 / 以降

# 書類申請書

受付日 平成 年 月 日 受付担当者

(書類係1708/2264)

## 太枠内のご記入をお願いします

診察券の番号	お名前	フリガナ
生年月日	明大昭平	年 月 日
連絡先	要	
留守電への伝言	可 不可	* 個人情報保護のため留守電への伝言は『可』の場合のみとなります
申請者	(患者さんご本人が申請の場合、記入不要です)	
氏名	続柄	連絡先

お渡し案内日・受診後受取

## 診療科 科 医師 先生 /

申請書類を下から選んで必要事項をご記入下さい

<input type="checkbox"/> 生命保険会社の診断書/証明書 (会社名: )
<input type="checkbox"/> 傷病手当金請求書 (証明期間 年 月 日～ 年 月 日)
<input type="checkbox"/> 紹介状 (紹介先病院名: )
<input type="checkbox"/> 手術・放射線照射診療報酬点数確認書 <input type="checkbox"/> 千葉県肝炎治療受給者証の認定に係る診断書
<input type="checkbox"/> 病院書式診断書 (提出先: 警察 通/警察以外 通; 提出先: 警察以外の場合の記載内容 (治療経過、療養見込、入院の件、その他 等) )
<input type="checkbox"/> 医療等の状況 (学校提出用 月分) * お渡しは翌月10日以降になります
<input type="checkbox"/> 領収証明書 (外来 月分、入院 月分)
<input type="checkbox"/> 特定疾患臨床調査個人票(新・更) <input type="checkbox"/> 特定疾患(指定難病)療養費申請書
<input type="checkbox"/> 診断書自立支援医療(精神通院用) <input type="checkbox"/> 診断書(精神障害者保健福祉手帳用)
<input type="checkbox"/> 身体障害者診断書( ) <input type="checkbox"/> 障害年金診断書( )
<input type="checkbox"/> その他( )

証明期間: 年 月 日～ 年 月 日

入院期間: 年 月 日～ 年 月 日

申請書類の枚数 患者さんがお持ちになった書類 通 病院にある書類 通 合計 通

病院記入欄				確認	出来上がり	引上	算定	お渡し日・お渡し印
<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 身分証明書 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 入院費に含めて書類代を請求								/
5,400×	3,240×	点×	円×					
4,320×	1,080×	1,620×	無 ×					