

生命保険診断書・傷病手当金支給申請書申込書

医事課用

| | | | | | | | | | |
|---------|--|---|---------|------------------------------|-------|-----|---|---|---|
| 患者ID | | | 申込日 | 年 | 月 | 日 | | | |
| フリガナ | | | 電話番号 | ※平日日中に連絡が取れる番号 (自宅・携帯・職場) | | | | | |
| 患者氏名 | | | | - | - | | | | |
| 住所 | | | | | | | | | |
| ○代理人の場合 | | | | | | | | | |
| 代理人氏名 | | | 連絡先 | - | - | | | | |
| 代理人住所 | | | 患者様との続柄 | 配偶者・親・子・その他() | | | | | |
| 診療科 | | | 担当医師 | | | | | | |
| 種類 | <input type="checkbox"/> 生命保険診断書 (6,600円) | 入院期間 | ① | 年 | 月 | 日から | 年 | 月 | 日 |
| | <input type="checkbox"/> 傷病手当金支給申請書 (100点×自己負担割合) | 労務不能期間 | ② | 年 | 月 | 日から | 年 | 月 | 日 |
| 受取方法 | <input type="checkbox"/> 来院(窓口受取) | ※郵送をご希望の場合、診断書料金を先にお支払いいただきます。 また、売店(東館2階)でレターパックライト(郵便受けに投函:430円)または レターパックプラス(対面で受け渡し:600円)をご購入いただき、住所等をご 記入の上、申込書と一緒にご提出ください。 | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 郵送(先払い)※ | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | |
| 受領欄 | 上記診断書を受け取りました。 | | | | | | | | |
| | 受領日 | 年 | 月 | 日 | 受領サイン | | | | |

病院使用欄

レターパック番号

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|--|---|--|--|--|
| | | | | - | | | - | | | |
|--|--|--|--|---|--|--|---|--|--|--|

| | | | |
|----------------|----|----|----|
| 支払 | 受付 | 依頼 | 受渡 |
| 受付時・ 振込・受取時 | / | / | / |

キリトリ

生命保険診断書・傷病手当金支給申請書申込書(控)

書類をお預かりしてから診断書等が完成するまで**2週間程度**、お時間をいただいています。

様

○来院して受け取りをご希望の方

__月__日__にお預かりしましたので、__月__日以降に

電話(代表)0966-63-2101(平日9:00-17:00)に電話いただき、医事課文書担当につないでもらってください。

必ず、書類が完成していることをご確認いただき、受け取りにおいでください。

受け取りの際は、会計⑨⑩番窓口で『診断書の受け取り』の旨をお申し出ください。

※当院から書類完成の連絡はしておりません。

※診断書をキャンセルした場合も診断書代が発生しますのでご注意ください。

※診断書の受け取りが1年間ない場合、書類は廃棄しますのでご了承ください。

※診断書の受け取りのみで来院の際は、できるだけ午後1時以降の来院をお願いします。

○郵送での受け取りをご希望の方

2週間以上経過してもお手元に届かない場合は、レターパックの追跡記録をご確認いただくか、医事係文書担当までお問い合わせください。

国保水俣市立総合医療センター 院長

