

生命保険診断書・傷病手当金支給申請書申込書

郵送用

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
返送方法	返送は、レターパックプラス(対面で受け渡し:600円)でのみ行います。 診断書料金と一緒に振込(振替)をお願いします。								
添付書類	患者本人の場合 <input type="checkbox"/> 顔写真付身分証明書(運転免許証、マイナンバーカード(表面)等)の写し								
	患者以外の場合 <input type="checkbox"/> 代理人の顔写真付身分証明書(運転免許証、マイナンバーカード(表面)等)の写し <input type="checkbox"/> 患者本人からの委任状(原本) ※亡くなっている場合は、患者との関係性が分かる書類(戸籍・除籍謄本・除票等)の写し								
備 考									

- 郵送前に必ずご確認ください。
書類が到着後、**2週間程度**、お時間をいただいています。
※診断書をキャンセルした場合も診断書代が発生します。
※診断書料金等は先払いとなります。
 生命保険診断書・傷病手当金支給申請書(この用紙)
 (患者本人)顔写真付身分証明書の写し
 (患者本人以外)顔写真付身分証明書の写し
 (患者本人以外)患者本人からの委任状
(亡くなっている場合は、患者との関係性が分かる書類)
 送付先(必ずご記入ください。)
- このまま郵送ラベルとして使用します。

〒	—	
住所	_____	

氏名	_____	様
電話番号	()	_____

↓送付先(切り取って封筒に貼付けしてください)

〒867-0041
熊本県水俣市天神町一丁目2番1号
国保水俣市立総合医療センター
医事課 文書担当 宛
(診断書等申込)

○振込先
肥後銀行(コード:0182) 水俣支店(コード:261)
普通口座 402107
口座名義人 ミナマタシビョウインジギョウカイケイ サカモトフデオ
水俣市病院事業会計 坂本 不出夫