

郵送申込用文書受付票

担当

※以下の項目をご確認の上☑いただき、承諾された方は太枠の中をご記入ください。

- 郵便物到着後交付までに1カ月程お時間を頂いております。混雑時は更に待ち時間が長くなる場合があります。
- 医師の判断により、証明できない場合があります。
- 申込後のキャンセルができません。

診察券番号		申込者	続柄()
フリガナ		電話番号	①
患者氏名			②
医師名		医師への事前連絡 未 ・ 済	
受取方法	<input type="checkbox"/> 窓口受取 ※郵送受付分の完成連絡はしていません。		
	<input type="checkbox"/> 郵送 ※返信封筒としてA4用紙が3つ折りに入るサイズ(長3)以上の封筒に宛先を記入し、発送時と同額以上の切手貼付の上同封してください。		

○書類種別 ※申込される書類に☑し、詳細もご記入ください。

書類種別	料金	枚数	詳細
<input type="checkbox"/> 生命保険関係診断書	6,600 円	枚	入院 年 月 日～ 年 月 日 年 月 日～ 年 月 日 通院 ※通院証明要否 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否 年 月 日～ 年 月 日
<input type="checkbox"/> 傷病手当金申請書	保険請求	枚	労務不能期間(※未来日は記入不可) 年 月 日～ 年 月 日
<input type="checkbox"/> 身体障害者診断書・意見書	5,500 円	枚	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新
<input type="checkbox"/> 年金診断書	5,500 円	枚	※提出先へ現症日を確認の上、ご記入ください。
<input type="checkbox"/> 公安委員会提出用診断書	3,300 円	枚	
<input type="checkbox"/> 指定難病臨床調査個人票	3,300 円	枚	疾病番号： <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新
<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病意見書	3,300 円	枚	疾患名： <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 現在の身長： cm/現在の体重： kg
<input type="checkbox"/> センター様式診断書	2,200 円	枚	提出先： 使用目的：
<input type="checkbox"/> その他		枚	連絡事項があればご記入ください。

※以下は文書係が記入します。

依頼医師	処理担当者	処理日
処理方法	／ 窓口 ・ 郵送 ・ 病棟	スキャン

郵送申込用チェックリスト

※郵送時、こちらの用紙を必ず同封してください。

診察券番号・患者氏名をご記入の上、チェックリストに☑をお願いします。

(書類が不足している場合等、依頼をお受けできず返送する可能性があります。)

診察券番号		患者氏名	
-------	--	------	--

同封が必要なもののリスト	チェック
①郵送申込用文書受付票 ※記入漏れはありませんか？ 受付表へ記載されていない内容については、追記対応不可となります。	<input type="checkbox"/>
②今回作成が必要な書類の原本（センター様式診断書を除く）	<input type="checkbox"/>
③（申込者が患者本人以外の場合のみ、ただし同居の親権者の場合は不要） 委任状・申込者(代理人)の身分証明書のコピー(免許証・保険証等)	<input type="checkbox"/>
④（郵送受取の場合） 返信用封筒(宛名は患者様または申込者でお願いします。切手貼付してください。)	<input type="checkbox"/>
⑤（臨床調査個人票・小児慢性特定疾病意見書を更新で申込の場合のみ） 現在有効な受給者証のコピー	<input type="checkbox"/>

注意事項 ※必ずお読みください

- 10日以内に来院予定がある場合、完成時期に変わりがないため、来院時に窓口にて申込まさせていただきますようお願いいたします。
- 半年以上受診来院されていない場合、作成不可となる事があります。
- 窓口受取される場合は、投函から1カ月後を目安に当院2階⑤番文書受付へお越しください。(文書係へ電話にて完成確認後にお越しいただくことをお勧めします。)
- 郵送先(現住所)と診断書へ記入する住所(住民票住所)が異なる場合は、付箋やお手紙を添付いただく等で、必ずお知らせください。

問い合わせ・依頼郵送先

国立循環器病研究センター 医事室 文書係

☎ 06-6170-1070(代) (平日9時～17時)

以下、申込時の封筒に貼付して、ご利用ください。

564-8565 吹田市岸部新町6-1 国立循環器病研究センター 医事室 文書係 御中 【文書申込在中】
--

委任状

年 月 日

国立循環器病研究センター 御中

患者氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____

本人以外の同意者氏名 _____ 続柄 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____

患者本人が署名出来ない理由 _____

私(患者)は、以下の者を代理人と定め、診断書・証明書等の申し込み及び受領に関する一切の権限を委任します。

代理人氏名 _____

代理人生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

代理人住所 _____

代理人電話番号 _____

以上

※代理人の身分証明書(免許証・保険証等)コピーを添付してください。