

診断書・証明書等作成申込書（郵送用） チェックリスト

申込書郵送時、この書類を必ず同封ください。

診察券番号、患者氏名をご記載いただき、以下必要事項のご記載、チェックをお願いします。

診察券番号	患者氏名	
必要書類 チェックリスト (書類が不足の場合、依頼をお受けできません。)		チェック
①診断書・証明書等作成申込書（郵送用） 必要事項の記載漏れにご注意ください。		<input type="checkbox"/>
②依頼診断書・証明書等様式原本 依頼誤りのないよう必ず同封ください。		<input type="checkbox"/>
③添付書類 【患者本人、患者以外共通】 <input type="checkbox"/> 身分証明書（運転免許証、マイナンバーカード等）の写し 【患者以外】 <input type="checkbox"/> 患者の同意書（委任状）原本 お亡くなりの方は患者との関係性が分かる公的文書（除籍謄本等）の写し		<input type="checkbox"/>
④送付先 必ず記載ください。このまま郵送ラベルとして使用します。 ご住所・お名前		
住所	〒 _____ _____	
氏名	_____ 様 _____ 電話番号 _____	

以下ご確認願います。（チェックがない場合依頼をお受けできない場合があります。）

医師の判断により、証明できない、或いは受診が必要になる場合があることに同意しました。	<input type="checkbox"/>
申込書到着から書類の完成までに約3週間かかることに同意しました。	<input type="checkbox"/>
書類出来上がりの連絡をしていないことに同意しました。	<input type="checkbox"/>
書類料金、郵送料の先払いに同意しました。 【振込先】 みなと銀行（金融機関コード：0562）尼崎支店（店番：051） 普通口座 1509170 口座名義：関西労災病院	<input type="checkbox"/>

封筒に貼付してご利用ください ↓

〒660-8511

兵庫県尼崎市稲葉荘3丁目1-69

関西労災病院 医事課文書係 宛

【診断書申込関係】

関西労災病院 医事課文書係
06-6416-1221（代表）
平日8:15~17:00