

文書作成申込書

※太線の中をご記入ください

		記入日： 年 月 日	
診察券番号No.		生年月日	T・S・H・R 年 月 日
フリガナ		申込者	
患者氏名		患者との関係	
現在住所	〒 ————— (電話番号) ————— —————		
証明期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
申請書類の種類			部数
保険会社	所定用紙：あり・なし	種類：診断書・証明書	
傷病手当金			
通院証明書	所定用紙：あり・なし	提出先 ()	
診断書	所定用紙：あり・なし	提出先 ()	
その他			
備考			
郵送の希望	あり・なし	※郵送希望の場合は、切手・宛名明記の返信用封筒をご用意下さい。	
受付者 ()	受付日： 年 月 日	文書作成料金： 円	
		請求書 発送日： 年 月 日	
		振込確認日： 年 月 日	
		文書発送日： 年 月 日	

黒田クリニック 内科・代謝内科