

# 病院書類に関する委任状（事前記載）

愛知県厚生農業協同組合連合会 知多厚生病院 病院長 殿

患者本人 【委任者】	氏名			
	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月 日
	住所			
	電話番号	—	—	

私（委任者）は、下記の者を代理人（受任者）と定め、知多厚生病院が保有する個人情報により作成する書類の交付申請・受領に関する一切の権利を委任します。

代理人 【受任者】	氏名	続柄（ ）		
	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月 日
	住所			
	電話番号	—	—	

- ・ 患者本人が全てご記載ください。（代理人欄も患者本人がご記載ください）
- ・ 患者本人が自署不能の場合は、代筆も可能です。  
代筆する場合は、患者本人欄・代理人欄をご記載ください。
- ・ 書類のお受け取りの際は、必ず身分証明書のご提示をお願いいたします。

## 書類受け取り証明（病院にて記載）

患者氏名 \_\_\_\_\_（患者番号： \_\_\_\_\_）

診療情報提供書（紹介状）	通	生命保険診断書	通
傷病手当金請求書	通	身体障害者手帳診断書	通
休業証明書（労災8号）	通	年金・恩給診断書	通
訪問看護指示書	通	精神福祉手帳交付診断書	通
療養費同意書交付料（あん摩・鍼灸・マッサージ）	通	健康診断書（施設入所含む）	通
難病疾患申請診断書料	通	証明書（保険会社提出用）	通
肝炎患者医療給付診断書料	通	後遺症診断書	通
死亡診断書・検案書	通	自賠診断書・明細書	通
学校生活管理指導表	通	医療補助金請求書	通
医療等の状況証明書（学校提出用）	通	特定医療費証明書	通
装具証明書	通	領収証明書	通
眼鏡・コンタクト処方箋	通	画像データ（CDR・フィルム）	通
一般診断書・証明書	通	その他（ ）	通

通数 \_\_\_\_\_ 通 金額 \_\_\_\_\_ 円

上記書類を確かに受け取りました。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ご署名 \_\_\_\_\_（自署） 続柄（ ）

※本人以外の場合、上記委任状の記載が必要（未成年者【18歳未満】の親権者除く）

※書類のお受け取りの際は、必ず身分証明書のご提示をお願いいたします。