

郵送申し込み用チェックリスト

1. 必要書類の確認

下記をご確認頂き、必要書類が同封されていることをご確認の上、「チェック欄」に✓をご記入ください

チェック欄	書類	備考・注意事項
☐	①文書証明申込書	
☐	②ご依頼の保険会社等の診断書・証明書の原紙	提出先の書式がない場合は 病院所定の診断書で作成致します
☐	③文書料金・郵送料（ 円）	封筒に入れた金額をご記入ください
☐	④郵送申し込み用チェックリスト	
	以下必要な方はご準備ください	
☐	⑤委任状	受取人が患者本人以外の場合
☐	⑥受取人の本人確認書類（住所の記載があるもの）	
☐	⑦受取人との続柄が分かる戸籍謄本または戸籍抄本	患者本人がお亡くなりの場合
☐	⑧受取人の本人確認書類（住所の記載があるもの）	

2. 送付先をご記入ください ※郵送受取の場合、必ずご記載ください。このまま郵送ラベルとして使用します。

ご住所	〒	—
お名前		
		様
連絡先		
()		

3. 申込時の封筒に貼付してご利用ください

キリトリ

〒710-8602

岡山県倉敷市美和1丁目1番1号

倉敷中央病院 文書係 行

TEL 086-422-0210（代）

【診断書申込在中】