

年 月 日

(故人) 証明書・診断書 申請

埼玉西協同病院 病院長 殿

【患者】

住所 _____

氏名 _____

生年月日 _____

申請書類: _____

私は、上記患者に関わる書類を、患者との続柄を示す書類を添えて申請します。

【代理人】

住所 _____

氏名 _____

連絡先電話番号 _____

委任者との関係 _____

※代理人の方は、保険証・免許証、マイナンバーカード等、記載事項を確認できる身分証と、故人との続柄を示す書類（戸籍謄本等）をお持ち下さい。

※本状は記載日より3か月以内にお持ち下さい。

※本状は原本のみ有効です。

職員確認事項

保険証 免許証 マイナンバーカード 戸籍謄本 その他 ()

※身分証明、戸籍謄本等はコピーやお預かりはせず原本確認のみで可

確認日: _____ 確認者 _____

埼玉西協同病院 Tel: 0570-01-323
※スキャナ保存・項目 同意書関係 (その他)
2025年9月改訂