

診断書等に係る 申請・受取 同意書

川越西眼科院長 殿

私（患者さん氏名） \_\_\_\_\_ は、  
私の（・診断書 ・診療情報提供書 ・その他証明書 \_\_\_\_\_ ）  
の発行に関する申請・受取については、私の代理人として本同意書を持参した、

（代理人氏名） \_\_\_\_\_ が手続き等を行うことに  
同意します。

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者さんご署名 ㊞ \_\_\_\_\_

生年月日（明治・大正・昭和・平成） \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

住 所 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

持参していただくもの

- 1 同意書
- 2 患者さんご本人の保険証と診察券
- 3 代理人の方の写真付の身分証（パスポート、運転免許証、マイナンバーカード等）  
（患者さんご本人の保険証を持参できない場合はコピーで確認とさせていただきますが、  
コピーでは再診料・診療情報提供書が自費扱いになります。）

職員使用欄\*\*\*\*\*職員サイン \_\_\_\_\_

- 同意書の目的書類の種類確認
- 患者さんの保険証確認（原本 患者さんの保険証のコピー）
- 代理人の方の身分証スキャン（運転免許証 パスポート マイナンバーカード）