



# 委任状

20 年 月 日

東京慈恵会医科大学附属柏病院長 殿

## 【 委任者 】

住 所

氏名(自署)

印

生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和

年 月 日

電話番号 ( )

(受療者との関係: 本人、法定代理人、その他< >)

受療者名: (生年月日:明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日)

の貴院での診療に係る診断書等の文書の請求・受領及び面談等を下記に委任致します。

併せて係る診療情報を受任者へ開示することに同意致します。

## 記

### 1. 請求、受領を委任する文書、資料及び面談の内容

文書、資料、面談の内容	委任者印
①	
②	
③	
④	

(注)診断書、証明書等と記載した場合、その診断書、証明書の内容(検査結果、感染症の有無、アルコール測定値等)全てについて委任されたこととして取り扱い致します。

### 2. 対象診療科

科	科	科	科

(注)複数科に依頼する場合は、依頼する診療科分の複写を用意して手続きにお越しく下さい。

### 3. 受任者

住 所

氏名(所属)

生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和

年 月 日

電話番号 ( )

(注)本書の有効期間は発行日より3か月以内とする。

以上

※ 記載方法については、別紙をご参照ください。

※ 黒または青色のボールペン等(インク式)でご記入ください。(鉛筆・シャーペン不可)

# 《委任状記載に関する注意事項》

この日をもって有効期限の起算日となりますので必ずご記入ください

(有効期限は発行日より3ヶ月以内とする)

**委任者:** ・原則として患者本人とする。

・法定代理人(患者が未成年の場合に両親(親権者等))、その他(成年後見人等)の場合は、そのことが確認できる証明書の提示が必要。

## 委任状

東京慈恵会医科大学附属柏病院長 殿

### 【委任者】

住所

氏名(自署)

生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日

電話番号 ( )

(受療者との関係: 本人、法定代理人、その他 ( ))

**受療者**

・受診した患者氏名と生年月日を記載

受療者名: (生年月日: 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日)

の貴院での診療に係る診断書等の文書の請求、受領及び面談を下記に委任致します。併せて係る診療情報を受任者へ開示することに同意致します。

### 記

#### 1. 請求、受領を委任する文書、資料及び面談の内容

文書、資料、面談の内容		委任者印
①		
②		
③		
④		

(注) 診断書、証明書と記載した場合、その診断書、証明書の内容(検査結果、感染症の有無、アルコール測定値等)全てを委任されたこととして取り扱います。

#### 2. 対象診療科

科	科	科	科
---	---	---	---

(注) 複数科に依頼する場合は、予め必要枚数分の複写を用意して手続きにお越しください。

#### 3. 受任者

住所

氏名(所属)

生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日

電話番号 ( )

(注) 本書の有効期間は発行日より3か月以内とする。

以上

右上の日付となります

**受任者:** 診断書・証明書等の作成を依頼または受取られる方(依頼する方と受領する方は原則として同一の方となります。)なお、保険会社等の社名のみでは受付できません。支店・部署・担当者名等を必ず記載してください。

必ず同じ印鑑をご使用ください  
(拇印・サイン可)

請求内容(診断書・証明書の発行または受取り・面談等)を記載し、その項目それぞれに捺印してください(拇印・サイン可)

### 《注意事項》

- ・委任者、受療者、受任者の記載がない場合は受付できません。(1つでも記載がない場合は不可となります)
- ・【委任者】および「1. 請求、受領を委任する文書、資料及び面談内容」の委任者印欄に押印されていない場合や印鑑の種類が異なる場合は受付できません。
- ・「3. 受任者」に記載されている方が依頼し、受領(面談)することが原則です。それ以外の方が依頼し、受領(面談)することは出来ません。(依頼者と受任者(面談者)は同一となります)
- ・受付時、文書お渡し時(面談時)に受任者の身分証明書等を確認させていただきます。(免許証・社員証等)
- ・原則として郵送でのお取り扱いはできません。
- ・その他の不備があった場合には、必要に応じて委任者へ電話等で確認させて頂くことがあります。
- ・記載漏れがある場合には、受付できない場合もありますのでご注意ください。