診断書・証明書等申込書

※太枠内をご記入ください

			申込日（西暦） 年 月 日		
登録番号	（ID番号）	診療科		担当医	先生
フリガナ		連絡先	☎ － －		
患者氏名		生年月日	T・S・H・R 西暦 年 月 日		

※患者本人以外の申込の場合のみ、下記にご記入ください。

フリガナ		続 柄	本人 ・ 家族（ ）・第三者（ ） ※第三者の方は同意書をご提出ください
依頼者 氏 名		連絡先	☎ － －
住 所	〒 －		

受取方法	☐文書窓口 ☐郵送：レターパックライト￥370-（配達記録が有るため※配送時紛失予防） ☐入院中（ 階A・B・C棟 号室）

該当項目に☑をご記入し所定項目（ある場合）、通数をご記入ください。

☐保険会社診断書（入院・通院・手術証明） 入院期間 年 月 日～ 年 月 日 年 月 日～ 年 月 日 年 月 日～ 年 月 日 通院期間 年 月 日～ 年 月 日 保険会社名［ ］ ※科が複数の場合は科ごとの証明になります。	通	☐傷病手当金支給申請書・傷病証明書 労務不能期間 年 月 日～ 年 月 日	通
		☐診断書・証明書（本院様式） 備考 ［提出先 証明内容 ］	通
☐［身体 ・ 精神］障害者診断書 （新規・更新）	通	☐診療情報提供書 宛先	通
☐自立支援医療 ☐更生 ☐育成 ☐精神	通		
☐障害年金診断書 （初診日・現症日）	通		
☐受診状況等証明書	通		
☐臨床調査個人票 （新規 ・更新）	通	☐診療費証明 ☐外来 ☐入院 期間 年 月 日～ 年 月 日	通
☐小児慢性特定疾患診断書 （新規 ・更新）	通		
☐学校生活管理指導表	通	☐出産（一時金・手当金）証明書	通
☐医療等の状況（スポーツ振興センター）	通	☐医療費支給申請書	通
☐［ ］手当認定診断書	通	☐療養見舞金	通
☐労災（通勤災害）請求書（ ）号・診断書 労務不能期間 年 月 日～ 年 月 日	通	☐その他	通
☐	通		

- **文書の作成には、約3週間程度かかります。**

  但し、休診日や医師の都合により遅れる場合がありますので、予めご了承ください。

- 種別に記載のない診断書・証明書・意見書等は、その記述内容等から下記のいずれかに準じて文書料金を お支払いいただきます。
- 文書の内容によっては、受診をしていただく場合がございます。また、記入できない場合がございますので 予めご了承ください。

以下、病院使用欄

受 付	登 録		受 取	交 付
／	／	／	／	／

【備考】
期限（ 月 日までに希望）
CD-R（ 有 ・ 無 ）

申し込み文書送付先宛名ラベル
（郵送をご希望の方のみご記入下さい）
※送付先の住所･宛名を太枠内にご記入願います。
※この用紙をレターパックに貼付しますので正確にご記入願います。
※ラベルシールではなく、A4サイズの用紙にこのまま印刷してください。

おところ 〒 － Address 都 県 区 市 府 道 郡
おなまえ Name 様
電話番号 Telephone Number