

【申込書のご記入例】

※太枠内にご記入ください

診断書・証明書等申込書

※太枠内をご記入ください

記入例

登録番号 (ID番号)	0009999999	【診察券の番号】	診療科	総合診療科	担当医	臨海	先生
フリガナ	リンカイ タロウ		連絡先	☎ 03 - 5605 - 8811			
患者氏名	臨海 太郎		生年月日	T・S・H・R 西暦 2002 年 4 月 1 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	リンカイ ハナコ	続柄	本人・家族(妻)・第三者()
依頼者氏名	臨海 花子	連絡先	☎ 03 - 5605 - 8811
住所	〒134-0086 江戸川区臨海町1-4-2		

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※配達時紛失予防)
	☐ 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	2024年7月1日～ 2024年7月15日	☒ 傷病手当金支給申請書・傷病証明書	1 通
	年月日～ 年月日		労務不能期間	2024年7月1日～ 2024年7月15日
	年月日～ 年月日		☒ 診断書・証明書(本院様式)	1 通
	通院期間	2024年7月16日～ 2024年7月31日	備考	
	保険会社名	〇〇生命保険会社	提出先	勤務先
			証明内容	病名、手術、入院期間など
☒ 身体 [精神] 障害者診断書 (新規・更新)	1 通	☒ 診療情報提供書	宛先	〇〇クリニック 〇〇先生
☐ 自立支援医療 ☐ 更生 ☐ 育成 ☐ 精神	通			
☒ 障害年金診断書 (初診日・更新日)	1 通			
☐ 受診状況等証明書	通			
☒ 臨床調査個人票 (新規・更新)	1 通	☐ 診療費証明 ☐ 外来 ☐ 入院		
☐ 小児慢性特定疾患診断書 (新規・更新)	通	期間	年 月 日～ 年 月 日	
☐ 学校生活管理指導表	通	☐ 出産(一時金・手当金)証明書		
☐ 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		
☐ [] 手当認定診断書	通	☐ 療養見舞金		
☒ 労災(通勤災害)請求書(8)号・診断書	1 通			
労務不能期間	2024年7月1日～ 2024年7月15日			
☐	通	☐ その他		

・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)

日中連絡がとれる番号を
ご記入ください

患者本人以外の申込の
場合のみご記入ください

受取方法にチェックを
いれてください

証明が必要な入院期間を
ご記入ください