

診断書・諸証明書交付願

……太字の枠の記入をお願いします。

申し込み日 平成 年 月 日

登録番号		患者氏名		生年月日	年 月 日
依頼者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他()	同意書	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
電話連絡	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 : ①	<small>シメイ氏名</small>	②	<small>シメイ氏名</small>	<small>電話番号</small>
郵送	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 : 〒	住所			
※書類の受け渡しは窓口で行っております。ただし、遠方などで困難な場合には郵送用の切手をご準備ください。					

証明期間					
①	年	月	日	～	年
②	年	月	日	～	年
③	年	月	日	～	年
④	年	月	日	～	年
⑤	年	月	日	～	年
⑥	年	月	日	～	年
⑦	年	月	日	～	年
⑧	年	月	日	～	年
⑨	年	月	日	～	年
⑩	年	月	日	～	年

交付を受けようとする診断書、諸証明書の種類			
1 生命保険の保険金受領に使用する証明書	通	9 診断書(職場提出用・警察提出用)	通
2 傷病手当金意見書	通	10 医療費助成申請証明書()	通
3 療養費同意書()	通	11 学校関連証明書()	通
4 他施設入所用診断書	通	12 領収証明書	通
5 身体障害者診断書・意見書()	通	13 退院証明書	通
6 難病臨床調査個人票()	通	14 死亡診断書・死体検案書	通
7 公費診断書()	通	15 その他診断書()	通
8 労災関連()	通	16 その他証明書()	通

診療科		主治医		医師	
					合計 通

病院使用欄				
代金受領	<input type="checkbox"/> 未受領 <input type="checkbox"/> 受領済 <input type="checkbox"/> 代金不要			
病棟渡し	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 : 2A 3A 3B 3C 4A 4B 4C			
受付	書類依頼	書類完成	連絡	交付
担当者	担当者	担当者	担当者	担当者
日付	日付	日付	日付	日付
/	/	/	/	/