

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

診察券番号 (登録番号)		患者氏名		生年月日	年 月 日
記入者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他()	続柄:		同意書(家族以外)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
電話連絡	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要	①	シメイ氏名 電話 番号	②	シメイ氏名 電話 番号
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 月 日	⑥	年 月 日
②	年 月 日	～	年 月 日	⑦	年 月 日
③	年 月 日	～	年 月 日	⑧	年 月 日
④	年 月 日	～	年 月 日	⑨	年 月 日
⑤	年 月 日	～	年 月 日	⑩	年 月 日

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
/	/	/	/	/