

# 診断書等 申込書

太枠内のご記入をお願いいたします。

申込日	年	月	日	ID					
フリガナ				生 年 月 日					
患者氏名				(西暦) 年 月 日					
委任欄	提出者氏名			患者様との関係					
	この申込書を提出した者に、私の診断書等の申込・受領に関する権限を委任します。								
	患者氏名								
※提出者が患者様以外の場合は、必ず患者様のご署名をお願いします。									
患者様住所	〒								
連絡先電話番号	①	患者様	・	提出者	連絡希望時間	時～	時		
	②	患者様	・	提出者	時間	時～	時		
	※連絡希望時間には平日8:30～17:00でご対応可能な時間をご記入ください。								
	留守番電話 ( 希望 ・ 希望しない ・ 無 )								
診断書・証明書の種類 ※依頼数 通	→	<input type="checkbox"/> 証明書・診断書 (入院・手術・通院・死亡) (持参様式) ※生命保険会社へ提出される分については各社様式を持参ください。 <input type="checkbox"/> 証明書・診断書 (当院所定) <input type="checkbox"/> 身体障害者診断書 (新規・再認定) (障害名 ) <input type="checkbox"/> 自立支援医療 (更生医療) 意見書 (整形・腎内・心外) <input type="checkbox"/> 出産育児一時金請求書・出産手当金請求書 <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票 (No ) (新規・更新) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳用診断書 (新規・更新) <input type="checkbox"/> 自立支援医療 (精神通院) 診断書 (新規・更新) <input type="checkbox"/> 後遺障害診断書 <input type="checkbox"/> 労災 (様式 号) <input type="checkbox"/> 肝炎診断書 ( ) <input type="checkbox"/> 小児慢性意見書 (新規・更新) <input type="checkbox"/> 特定疾病 (透析) <input type="checkbox"/> 傷病手当金請求書 <input type="checkbox"/> 年金診断書 <input type="checkbox"/> 受診状況等証明書 <input type="checkbox"/> その他 ( )							
↑必ず記入してください。 (料金は院内に掲示しております。 受付窓口でもお問い合わせください。)		→ 該当する種類にチェックしてください。							
証明する期間	入院期間								
	①	年	月	日～	年	月	日	科	先生
	②	年	月	日～	年	月	日	科	先生
	③	年	月	日～	年	月	日	科	先生
	外来通院期間								
	年	月	日～	年	月	日	科	先生	
<input type="checkbox"/> 通院期間不要									

※書類のお受け取りの際には、受付時にお渡しする**受付済の「診断書等申込書」**が必要です。

<b>【病院記入欄】</b>			
書類受取時確認事項			
<input type="checkbox"/> 委任欄の記載			
<input type="checkbox"/> 提出者の身分証明書			
受取日	受取者サイン	患者様との関係	申込受付者