

# 診断書・証明書等作成申込用紙

申込日 平成 年 月 日

申込者氏名		患者様とのご関係	ご本人    ご家族(続柄 )
-------	--	----------	-----------------

→ 第三者からの申し込みの場合 患者様とのご関係( )

◎ 患者様ご本人の自筆の委任状および、申込者の免許証等(身元確認)が必要です。

患者番号		フリガナ 患者氏名		大正 昭和 平成	年	月	日生
電話番号①	自宅		携帯(所持者名: )		続柄: )		
電話番号②	自宅		携帯(所持者名: )		続柄: )		
担当医師	医師		電話連絡	要 ・ 不要			

日中(9:00~17:00)連絡可能な電話番号でお願いします

—— 申し込まれる書類に✓(チェック)して、枚数 及び 必要事項 をご記入下さい ——

<input type="checkbox"/>	入院・通院 証明書 (生命保険会社)	通					
証明期間	入院	年 月 日~	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	通院	年 月 日~	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
<input type="checkbox"/>	精神保健福祉様式 (手帳用 通院用 同時申請)	通	<input type="checkbox"/>	領収証明書	通		
<input type="checkbox"/>	傷病手当金請求書 (期間 月 日~ 月 日分)	通	<input type="checkbox"/>	各種証明書 ( )	通		
<input type="checkbox"/>	休業補償給付支給請求書	通	<input type="checkbox"/>	医療等の状況( 月分)	通		
<input type="checkbox"/>	年金申請用診断書	通	<input type="checkbox"/>	その他	通		
<input type="checkbox"/>	後遺障害診断書	通					
-----							
<input type="checkbox"/>	当院様式診断書 ・証明が必要な事項	通	(証明が必要な事項を下記にご記入下さい)				提出先(使用目的)
備考							
受け取り方法	来院	郵送	レターパック	360円	510円		

**※必ずお読みください。**

- ・ 書類が出来上がりましたら、必要に応じ上記連絡先にお電話をさせていただきます。  
お電話は確実に繋がる電話番号でお願いします。  
電話連絡は、1回とさせていただきます。繋がらない場合は、再度ご連絡いたしませんのでご了承をお願いします。
- ・ 受け取りの際には、この「申込用紙」が必要になりますので大切に保管をお願いします。  
(万一紛失の場合は、免許証等身元の確認が出来る証明書と、診察券をお持ち下さい。)
- ・ 「医療等の状況」は、証明月翌日の16日以降のお渡しになります。

**【お問い合わせ先】**  
 養南病院 医事課  
 海津市南濃町津屋1508  
 電話 0584-57-2511