

申込日 平成 28年 10月 1日

申込者氏名	養 南 太 郎	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	99999	フリガナ 患者氏名	養南 太郎	大正 昭和 平成	50年1月1日生
連絡先①	090-1234-5678	自宅	携帯(所持者名: 養南 太郎 続柄: 本人)		
連絡先②		自宅	携帯(所持者名: 続柄:)		
担当医師	関 谷	医師	電話連絡	要	不要

— 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 通院 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 checked="" type="checkbox"/>	傷病手当金請求書 (期間 9月 1日～ 9月 30日分)	1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。
- 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