

申込日 令和 1年 10月 1日

|   |               |              |                |                           |
|---|---------------|--------------|----------------|---------------------------|
| 申込者氏名                                   | 養 南 太 郎       | 患者様との<br>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<br>患者氏名 | 養南 太郎          | 天正<br>昭和<br>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           |                |                           |

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 checked="" type="checkbox"/> | 入院・通院 証明書 (生命保険会社)               | 1通         |                          |               |
| 証明期間                                | 入院 年 月 日～ 年 月 日<br>年 月 日～ 年 月 日  |            |                          |               |
|                                     | 通院 H 31年 3月 1日～ 31年 4月 30日       |            |                          |               |
| <input type="checkbox"/>            | 精神保健福祉様式 新規・継続<br>(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<br>(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 新規・継続                   | 通          | <input type="checkbox"/> | その他 通         |
| <input type="checkbox"/>            | 当院様式診断書<br>・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                                  |                                  |            |                          |               |
| 受取方法                                | 来院                               | 通常郵送(病院負担) | レターパック 370円              | 520円          |

## ※必ずお読みください。

- この用紙はお問合せを頂く際に必要となりますので、書類がお手元に届くまで大切に保管をお願いします。
- 基本病院から連絡を差し上げることはございませんが、必要に応じ上記連絡先にお電話をさせて頂く事がございますので、予めご了承お願い致します。
- 「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

## 領 収 書

金額

診断書料として

岐阜県海津市南濃町津屋1508番地  
社会医療法人 養南病院  
院長 関谷 道晴

領収印の無いものは無効になります