

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 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 | 天正 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 | | | |

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 | | | |
| | 通院 年 月 日～ 年 月 日 | | | |
| <input type="checkbox"/> | 精神保健福祉様式 新規・継続 (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 checked="" type="checkbox"/> | 年金申請用診断書 新規・継続 | 1通 | <input type="checkbox"/> | その他 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