

診断書・証明書等作成申込用紙

		申込日	令和	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
連絡先①	自宅		携帯(所有者名:	続柄:)		
連絡先②	自宅		携帯(所有者名:	続柄:)		
担当医師	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 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	通	<input type="checkbox"/> 領収証明書 通
(手帳用 通院用 同時申請)			
<input type="checkbox"/>	傷病手当金請求書	通	<input type="checkbox"/> 各種証明書 通
(期間 月 日～ 月 日分) ()			
<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	通	(証明が必要な事項を下記にご記入下さい)
・証明が必要な事項		・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 430円 600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