

申込日 令和 6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			

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 R 6年 8月 1日 ~ 6年 9月 30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 (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 新規・継続	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	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