

書類申込書

書類番号

太線の枠内を記入してください

診察券番号		申込日	令和 年 月 日		
フリガナ 患者氏名		生年月日	大 昭 平 令 年 月 日		
申込者氏名 (依頼人)	本人 ・ 代理人 (続柄 氏名)				
電話番号	* 依頼内容についてお問い合わせすることがありますので、日中に連絡可能な電話番号をご記入ください *				
	①TEL() - (続柄 氏名)	完成連絡			
	②TEL() - (続柄 氏名)	□ 有 □ 無			
診療科 (依頼する科)	主治医 (担当医)	書類枚数 (画像)	枚		
依頼内容	* 該当する項目を☑、または文書名に○をご記入ください * 書類については原則診療科ごとの証明となります				
	□入院診断書(通院:有・無) (手術:有・無) □手術証明書(外来) □通院証明書				
	入院期間: 平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日				
	通院期間: 平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日				
	□★傷病手当 □休業補償 □労さい保険 診断書() 証明期間:平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日				
	★傷病手当【仕事内容(具体的に)】例:「経理担当事務」「自動車組立」など				
	※担当医が、労務不能と認める期間の判断をするための参考にします				
	外来 (診療科) 受付	□当院診断書			
		□指定難病診断書(新規 / 更新) □B*C型肝炎診断書			
		□身体診断書[手帳申請用] □年金診断書(新規 / 更新)[障がい年金]			
□後遺症診断書(生命保険会社 ・ 労災保険)					
□精神診断書[手帳申請用] □自立支援診断書[精神通院用]					
□領収証明書 □医療費補助金請求書 □特定医療費証明書 □安全会(医療等の状況) 入院 / 外来 [退職教職員互助会] [指定難病/B*C型肝炎] [スポーツ振興会]					
証明期間:平成・令和 年 月 日~平成・令和 年 月 日 証明年月:平成 年 月分 令和 年 月分					
□その他 令和 年 月分					
取扱者	備考		事務確認欄		
			□ スキャナ / □ 返信封筒 □ 支払:未・済 /		

2019年5月

書類受領書

受領日	令和 年 月 日	* 受け取りに来られた方は、太線の枠内を記入してください *		
受取人氏名	患者本人 ・ 代理人(続柄:)			
電話番号	() -			
取扱者	引換確認方法	文書受取票 ・ 診察券 ・ 免許証 ・ 保険証 ・ 名刺 ・ その他		
	備考			