

# 診断書(書類)申込書

申込日：令和 年 月 日

※ 患者番号

☆代理の方による申請の場合は、以下へご記入をお願いします

お 申 込 者	フリガナ	生年月日
	患者様氏名	年 月 日
	住所	(〒 - )
	電話番号	
	郵送先住所 (上記以外の場合)	(〒 - )

フリガナ	
代理者	
代理者住所	
電話番号	
患者様との関係	<input type="checkbox"/> 家族 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )

①	<input type="checkbox"/> 当院所定書式の診断書 通
	通院： <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
②	<input type="checkbox"/> 保険会社診断書 (患者持参) 通
	通院： <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
③	<input type="checkbox"/> 障害年金診断書 通
	<input type="checkbox"/> 発症時 <input type="checkbox"/> 発症後 年 か月 <input type="checkbox"/> 現在
④	<input type="checkbox"/> 臨床個人調査票 ( ) 通
⑤	<input type="checkbox"/> 傷病手当金診断書 通
⑥	<input type="checkbox"/> 休業補償給付診断書 通
⑦	<input type="checkbox"/> 労災関係 (様式 号) 通
⑧	<input type="checkbox"/> 就労可能証明書 通
⑨	<input type="checkbox"/> 後遺障害診断書 通
⑩	<input type="checkbox"/> 身体障害者診断書 通
⑪	<input type="checkbox"/> 受診状況証明書 通
⑫	<input type="checkbox"/> その他の文書 ( )

診療科	科	担当医： 医師
証明内容	入院期間	～
	通院期間	～
	労務不能期間	～
提出先	<input type="checkbox"/> 保険会社 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

備考

## 以下職員記入欄

「お申込時」

受取予定者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 本人同居家族 <input type="checkbox"/> その他 (氏名： )
受取方法	<input type="checkbox"/> 窓口・ <input type="checkbox"/> 郵送・ <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> レターパック(520円) <input type="checkbox"/> レターパックライト(370円) <input type="checkbox"/> その他の郵便 ( )
書類完成連絡	要 ・ 不要
連絡電話番号	TEL：
料金お預かり	未 ・ 済 (金額： 円)
委任状の説明	案内： 未 ・ 済
委任状お渡し	委任状お渡し： 未 ・ 済
書類お渡し時 委任状要否	委任状： 要 ・ 否
受付職員	担当クレーク

「お渡し時」

委任状受取	済 ・ 不要
◎ 同居家族お渡し時の身分証確認	
委任者	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他公的書類( )
同居家族 氏名・続柄	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他公的書類( )
料金受取	未 ・ 済 (金額： 円)
交付日	交付職員

〒850-0034 長崎市樺島町5番16号

長崎掖済会病院

電話：095(824)0610

※診断書(書類)申込書、委任状は、当院ホームページからダウンロードできます

※9：30～16：30 (土日祝は夜間入口よりお入りください)