

◎太枠内にご記入下さい。

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 ()

◎ 該当の書類にチェックをお願いします。

<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
<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
<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
<input type="checkbox"/> 臨床個人調査票（疾患名： 通
<input type="checkbox"/> 傷病手当金診断書 通
<input type="checkbox"/> 休業補償給付診断書 通
<input type="checkbox"/> 労災関係（様式 号 通
<input type="checkbox"/> 就労可能証明書 通
<input type="checkbox"/> 後遺障害診断書 通
<input type="checkbox"/> 身体障害者診断書 通
<input type="checkbox"/> 受診状況証明書 通
<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

以下病院使用欄。※こちらは当院で記入します。

《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(600円) <input type="checkbox"/> レターパックライト(430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

※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）

〒850-0034 長崎市樺島町5番16号
長崎掖済会病院
電話：095(824)0610