

診断書(書類)申込書

患者番号:

※太枠内にご記入下さい。

申込日 : 令和 年 月 日

※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		T・S・H・R 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	
代理人	
代理人 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。

診 断 書 名	<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		
	□発症時	□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"/> 身体障害者診断書 通		
<input type="checkbox"/> 領収証明書 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 ()		

診断書 料金	_____円
(未・預り・受領日 : 年 月 日)	
(備考欄)	

以下病院使用欄 ※こちらは当院で記入します。

受付職員		担当クレーカー	
------	--	---------	--

受け取り者 身分証明書 確認欄	受け取り予定者		確認書類等 (書類受け渡し時身分証明書確認後、□へチェックを。)
	<input type="checkbox"/>	本人	・本人身分証明書 : <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他公的書類()
	<input type="checkbox"/>	本人の 同居家族	・本人身分証明書 : <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他公的書類() ・同居家族身分証明書 : <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他公的書類() 同居家族 : (氏名 : 続柄)
	<input type="checkbox"/>	保護者 (本人18歳未満)	・保護者身分証明書 : <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他公的書類() 保護者 : (氏名 : 続柄)
	<input type="checkbox"/>	その他代理人 (本人・同居 家族以外)	・委任状 : <input type="checkbox"/> 委任状受領日 : 年 月 日 ・本人身分証明書 : <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他公的書類() ・代理人身分証明書 : <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他公的書類() 代理人 : (氏名 : 続柄)
郵送欄	<input type="checkbox"/>	・発送日 : 年 月 日 ・発送方法 : <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() ・発送場所 : <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 (委任状受領日 年 月 日 : 送付先)	

〒850-0034 長崎市樺島町5番16号

長崎掖済会病院

電話 : 095(824)0610

交付日		交付職員	
-----	--	------	--