

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。

| | | |
|-------------------------------------|--|---|
| 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 |
| | <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"/> 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 | 担当クレーク |
|------|--------|

| | | |
|-----------------------|--|--|
| | 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、 <input type="checkbox"/> ヘチェックを。) |
| 受け取り者 身分証明書 確認欄 | <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

| | |
|-----|------|
| 交付日 | 交付職員 |
|-----|------|

長崎掖済会病院

電話: 095(824)0610