

# 診断書・入院証明書 申込書

(宛先) 中嶋病院 院長

申込日 平成 年 月 日

患者番号	住所
フリガナ	
患者氏名	氏名
	TEL
	明・大・昭・平 年 月 日生

患者と申込者が異なる場合は、下記の欄にもご記入下さい。

フリガナ	
申込者氏名	氏名
	TEL
	住所
	上記の方とのご関係 夫・妻・親族・その他 ( )

【受取方法】 来院 ・ 郵送

※郵送をご希望の場合、切手代392円（簡易書留）の購入をお願いします。

【連絡先】 来院のみ連絡を差上げます。

自宅電話 携帯電話 その他 ( ) 連絡先 【 - - 】

【連絡希望時間帯： 時 ~ 時 】 【留守電： 有 無 】

診断書 【 枚】 診療科 【 科】

※原則として、診療科ごとのお申し込みとなります。

指定用紙あり 指定用紙なし

提出先  学校  職場  警察  保険会社  その他 ( )

通院期間 年 月 日 ~ 年 月 日

入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日

記載事項

診断書に記入欄がある場合のみご記入下さい。

診断書記入の参考とさせていただきます。

※就業・家事労働が全く不可能な期間 年 月 日 ~ 年 月 日

※平常生活に支障がある期間 年 月 日 ~ 年 月 日

傷病手当金 【 枚】  休業補償支給請求書 【 枚】

証明期間 年 月 日 ~ 年 月 日

病院記入欄

●申し込み時

- 運転免許証
- 健康保険証
- 写真付身分証明書
- その他 ( )

※添付書類

- 委任状
- 戸籍謄本

傷病手当金意見書：保険者番号 ( ) 記号・番号 ( . )

【 連絡状況 】

日にち	/	/	/	/	/
状況					

●受取時

- 運転免許証
- 健康保険証
- 写真付身分証明書
- その他 ( )

※添付書類

- 委任状
- 戸籍謄本

メモ

《合計 枚》

合計金額

受付	受渡	委任状	受領サイン
		有・無	受領日： 月 日

円