

診断書・入院証明書・申込書

担当印

宛先)中嶋病院 院長

申込日 令和 年 月 日

患者番号 住所

フリガナ

【患者】 氏名

生年月日 年 月 日 TEL — —

フリガナ

【申込者】 氏名 患者様との続柄()

住 所

【受取方法】 来院 ・ 郵送

※郵送をご希望の場合、切手代460円(簡易書留)を売店にて購入お願いします。

※来院の場合のみ連絡を差し上げます。

【連絡先】 TEL — — — [氏名:]

出来上がりのご連絡は15:00以降にさせて頂きます。 [留守電: 有 ・ 無]

※ご都合の悪い方は窓口にご相談ください。

【申し込み内容】 [指定用紙: 有 ・ 無] [診療科: 科]

診断書[枚] 傷病手当金[枚] 休業補償支給請求[枚]

原則として、診療科ごとのお申し込みとなります。

学校 職場 警察 保険会社 その他()

証明期間: 年 月 日 ~ 年 月 日

通院期間: 年 月 日 ~ 年 月 日

入院期間: 年 月 日 ~ 年 月 日

下記の期間は診断書に記入欄がある場合のみご記入下さい。※診断書記入の参考に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

平常生活に支障のある期間: 年 月 日 ~ 年 月 日

【確認事項】

- 原則として、診療科ごとのお申し込みとなります。
- 診断書の作成には、4週間程度お時間をいただいております。
- 一度お申込みしますとキャンセルできません。(諸事情により作成できない場合はご返金いたします。)
- 一度記載した診断書料、診断書作成の為に要した診察料、リハビリ料の返金は出来ません。
- ご本人以外の方が申込み、お受け取りになる場合、委任状が必要となります。
申込みの方、お受け取りの方が違う場合は委任状がそれぞれ必要になります。
- 申し込み時、受け取り時に身分証明証の確認をしております。
お忘れの場合は書類のお渡しが出来かねます。
- 各行政に提出する、障害等の診断書は同意書の記入をお願いしております。

※上記項目を了承しました

(ご署名) _____

●病院記入欄

【申し込み時】

- 運転免許証
- 健康保険証
- その他()

【受け取り時】

- 運転免許証
- 健康保険証
- その他()

【傷病手当金申し込み】保険者番号()記号・番号()

【傷病手当金受け取り】保険者番号()記号・番号()

【連絡状況】

日 に ち	/	/	/	/	/	/
状 况						

【メモ】

合計金額

受 渡	委任状	受 領 サ イ ン
	有・無	受領日: 月 日

円