

診断書等申込書・引換書

年 月 日

フリガナ 患者氏名		患者番号	
生 年 月 日	明・大・昭・平・令 年 月 日	性別	男・女
診 療 科		担 当 医	D r
記 載 該 当 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日 (診断書等に記載してほしい期間を記入してください)		
□ (入院期間)	①	年 月 日 ~ 年 月 日	
	②	年 月 日 ~ 年 月 日	
□ (外来通院期間)	年 月 日 ~ 年 月 日		
申 込 者 氏 名		患者様本人でない場合	本人との関係 ()
申 込 者 住 所 (連 絡 先)	〒 _____ TEL () 携帯TEL () ★出来上がり時の連絡 要 ・ 不要 ★本人不在時 家族に伝言 可 ・ 否		
受 け 渡 し 相 手	① 本人 ② 家族 (続柄) ③ その他 () ・受け渡しの際、引換書・本人などを確認できるもの(運転免許証・健康保険証)をご持参ください(お忘れになると、お渡しできません)。 ・患者ご本人以外(ご家族含む)の方は、委任状が必要となります。		
依 頼 文 書	1. 生命保険・簡易保険診断書	通	190350
	2. 普通診断書(当院用)	通	190330
	3. 死亡診断書	通	190330
	4. 特定疾患(新規・更新)	通	190230
	5. 小児特定疾患	通	880330
	6. 特定疾患重症認定診断書	通	190330
	7. 障害年金診断書	通	190340
	8. 傷病手当金意見書	通	880060
	9. 身体障害者手帳診断書	通	190330
	10. 労災休業証明書8号	通	889050
	11. 自賠償診断書・明細書	各 通	889000 889010
	12. 自動車賠償保険後遺症診断書	通	889040
	13. その他()	通	
	合 計	通	
記 載 希 望 欄 (自由記載欄)	例 日帰り手術分の記載、警察提出用など		
備 考	受付者: _____		

書類受取サイン