

文書等申込書

お申込日: 年 月 日
 年 月 日まで保留

お申込み者	診察券番号	生年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 入院中	病棟
	フリガナ	フリガナ		患者との関係	
	患者氏名	窓口に来た方		<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他()	
	住所	〒			
	電話1:連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅・携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 留守電可	電話2:連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅・携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 伝言可 <input type="checkbox"/> 留守電可	

◆複数科ある場合はそれぞれ申込書が必要です。

◆担当医師名: _____

<input type="checkbox"/> 糖尿病内分泌内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> リハビリテーション科
<input type="checkbox"/> 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> 放射線治療科
<input type="checkbox"/> 総合内科	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科
<input type="checkbox"/> 精神科	<input type="checkbox"/> 消化器外科	<input type="checkbox"/> 小児肝臓消化器科	<input type="checkbox"/> 形成外科	<input type="checkbox"/> 総合外科
<input type="checkbox"/> 脳血管神経内科	<input type="checkbox"/> 乳腺外科	<input type="checkbox"/> 重心小児科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 救急科
<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 血管外科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> その他()

◆用紙を持参されている場合は添付して下さい。

◆合計枚数: _____ 通

<input type="checkbox"/> 保険会社	7,700円 ×	通	通院: <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
入院	年 月 日 ~	年 月 日	通院 年 月 日 ~ 年 月 日
<input type="checkbox"/> 身体障害者診断書	5,500円 ×	通	<input type="checkbox"/> 普通診断書 2,750円 × 通 目的: <input type="checkbox"/> 休業 <input type="checkbox"/> 入院期間 <input type="checkbox"/> 療養期間 提出先: 勤務先・学校・警察・その他()
<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳診断書	2,750円 ×	通	
<input type="checkbox"/> 自立支援医療診断書	2,750円 ×	通	
<input type="checkbox"/> 特定疾患臨床調査	2,750円 ×	通	
<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患	2,750円 ×	通	
<input type="checkbox"/> 出産育児一時金・手当金		通	
<input type="checkbox"/> 障害年金	6,600円 ×	通	<input type="checkbox"/> 発症時 <input type="checkbox"/> 発症後 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 現在
<input type="checkbox"/> 傷病手当金診断書		通	証明期間 年 月 日 ~ 年 月 日
<input type="checkbox"/> 労災 号		通	証明期間 年 月 日 ~ 年 月 日

特記	

受取方法: 来院 郵送 (※別途郵送料がかかります。)

- ◆ 受取は2週間から3週間程度かかりますのでご了承ください。
- ◆ 「診断書等のお申込みについて」をよくお読みください。受取の際は本状と診察券、身分証をご持参ください。
- ◆ お申込みの方以外がお受け取りになる場合は、上記に加え、委任状等をご持参ください。

病院使用欄

○会計 : 済 未 円 受領日: 年 月 日 ○他科診療科あり _____ 科

○連絡事項: