

新潟市民病院 診断書・証明書等申込書

※太枠の中をご記入ください

申込日 令和〇年 〇月 〇日

診療券番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇	科	〇〇	担当医	〇〇	医師		
フリガナ	ニイガタ タロウ	生年月日	大・昭 平・令	〇年 〇月 〇日				
患者氏名	新潟 太郎							
患者住所	〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号 電話番号：自宅 XXX-XXX-XXXX 携帯 XXX-XXX-XXXX							
フリガナ	リュウト イチロウ	患者さんとの関係						
申込者氏名 (患者本人以外)	柳都 一郎	本人以外申込の場合のみ			配偶者・親・子 その他 ()			
電話番号：自宅	XXX-XXX-XXXX	携帯		XXX-XXX-XXXX				
受取方法	<input type="checkbox"/> 来院受取：電話連絡先 <input type="checkbox"/> 患者宅 <input type="checkbox"/> 申込者宅 家族への伝言 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 患者携帯 <input type="checkbox"/> 申込者携帯 <input type="checkbox"/> その他 () 留守電 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 郵送受取：宛先 <input type="checkbox"/> 患者住所 <input type="checkbox"/> その他 () ※郵送用の封筒、切手をご用意ください（通常110円、A4紙10枚以上の場合は180円）。							
【証明期間】								
入院・外来	①	令和〇年	〇月	〇日	～	令和〇年	〇月	〇日
入院・外来	②	令和〇年	〇月	〇日	～	令和〇年	〇月	〇日
入院・外来	③	令和〇年	〇月	〇日	～	年	月	日
記載が必要な項目と提出先にチェックをしてください。								
病院様式の診断書・ 証明書をご希望の方	<input type="checkbox"/> 診断名	こちらは記載不要です			<input type="checkbox"/> その他 ()			
提出先	<input type="checkbox"/> 勤務先	<input type="checkbox"/> 警察	<input type="checkbox"/> その他 ()					
申込文書名	料金	部数	身	申込文書名	料金	部数		
診断書・証明書(保険会社提出用) (保険会社名 株式会社△△△)	¥5,500 ×	1	()	保険会社名 及び 部数を ご記入ください。	0 ×			
通院証明(保険会社提出用) (保険会社名)	¥1,100 ×		難		0 ×			
診断書(保険会社提出用)					×			
【必要なもの、確認事項】 (申込前) 患者さんの証明期間の確認をお願いします。 (申込時) ホームページ「お申込み」に記載のとおり。								

※上記書類を受領しました。

令和 年 月 日

受領者署名

【病院使用欄】

受付者	依頼者	確認者	完成日	電話連絡	郵送日	郵送者
依頼日	月 日までに記載をお願いします。					
令和 年 月 日						
※前回は、	に(スキャン・院内文作成)済みです。					