

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 〇年 〇月 〇日 平・令	
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		いずれかへ丸付け		
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		
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				
いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> してください。	<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 年 月 日 ~ 年 月 日 入院・外来 ② 年 月 日 ~ 年 月 日 入院・外来 ③ 年 月 日 ~ 年 月 日				
病院様式の診断書・ 証明書をご希望の方	記載が必要な項目と提出先 <input type="checkbox"/> 診断名 <input type="checkbox"/> 手術名 <input type="checkbox"/> 入院期間 <input type="checkbox"/> 自宅療養期間 <input type="checkbox"/> その他 () <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	申込文書名	料金	部数
診断書・証明書(保険会社提出用)			身体障害者診断書・意見書		
【必要なもの、確認事項】 (申込前) 患者さんの勤務先へ労務不能期間の確認をお願いします。 期間をその他へ記載ください。 (申込時) ホームページ「お申込み」に記載のとおり。					
公安提出用診断書	¥3,300 ×		年 月 日 ~ 年 月 日		×
出産手当金申請書	¥1,100 ×		その他		
傷病手当金申請書	×	1			
介護保険主治医意見書(新規・更新)			労務不能期間(申請期間)		
死亡診断書	保険 原本証明	部数をご記入ください。	年 月 日 ~ 年 月 日		
金額証明書	¥1,100 ×				

※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。						