

各種証明書等申込書・同意書

下記の太枠に必要事項をご記入いただき、受付窓口にご提出ください。

申込日	20 年 月 日			
患者	ID 番号		担当医師	医師
	フリガナ		生年月日	大・昭・平・令・西暦 年 月 日
	氏名		電話番号	()
申込者	<input type="checkbox"/> 患者本人 ※本人以外の方は以下へご記入ください			
	フリガナ		続柄	
	氏名		電話番号	()
	委任状	<input type="checkbox"/> あり ※委任状のご用意のない場合は、お取り扱いできません		
受取方法	<input type="checkbox"/> 窓口（申込者が来院） <input type="checkbox"/> 郵送（レターパックプラス：600 円）			
申込内容	<input type="checkbox"/> 診断書（本院以外の書式） ◆保険会社名：① _____ ② _____ ◆手術： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ◆装具： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	<input type="checkbox"/> 診断書（本院書式） ◆提出先： <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> その他（ ） ◆記載内容： <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"/> 傷病手当申請書		必要数	通
	<input type="checkbox"/> その他（ ）			
証明期間	<input type="checkbox"/> 入院期間 20 年 月 日 ～ 20 年 月 日（ 回分） 20 年 月 日 ～ 20 年 月 日 20 年 月 日 ～ 20 年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 通院期間 20 年 月 日 ～ 20 年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 証明期間 20 年 月 日 ～ 20 年 月 日			

【注意事項】

- 申込み時、受取り時には次のものをご用意ください。

申込み時	ご本人：身分証明書	代理人：委任状、身分証明書
受取り時	ご本人・代理人ともに 「各種証明書等申込書・同意書」 控え、身分証明書	
- 申込み後、医師の判断で記載が出来ない場合もありますのでご了承ください。
- 各種証明書の作成後は、申込みのキャンセルは出来ません。
- 各種証明書を発行した後に、申込者の要望などによる記載内容の訂正・再発行は出来ません。
- 各種証明書のお申込み後、発行までに 2～4 週間程度お時間をいただきます。
 なお、内容によりそれ以上時間を要する場合がありますのでご了承ください。
- 郵送の場合、代金は申込者負担になります。また、原則、申込者住所への送付となります。

診断書について

- 外来診療の場合、1 診療科につき 1 通発行します。
 入院診療の場合、1 回の入院につき 1 通発行します。ただし、同じ傷病名で入院を繰返す場合は、1 通にまとめて発行することができます。

上記【注意事項】をご確認の上、署名をお願いします。	20 年 月 日 申込者署名：
---------------------------	-----------------

病院記載欄

料金	円	送料	円
----	---	----	---

(必要時記載) 申込者本人が身体的理由等により記入不可のため、太枠部分について職員が代筆(代筆者：)

病院記載欄

受付日	20 年 月 日	受取枚数（本紙含）	枚	受付担当者	
患者連絡日	20 年 月 日	渡し枚数	枚	書類発送・受渡日	20 年 月 日
保管場所		<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 印鑑 <input type="checkbox"/> オルカ入力 <input type="checkbox"/> 手術コード <input type="checkbox"/> スキャン			