

記載例

診断書・証明書等申込書

申込書を記載のうえ、保険会社等の診断書を添えて、番証明受付窓口へ提出してください。

☆作成には、2～3週間程度を要しますが、内容によってはそれ以上かかる場合があります。

☆お申込みは、診療科ごとになります

内科入院後、外科へ転科された場合は申込書が2枚必要です。

●患者さんの情報

| | | | | |
|-----------|--------------|---------|------------|-------|
| 患者番号 (7桁) | 診察券に記載の番号を記入 | 診療科・主治医 | 科 | 医師 |
| ふりがな | きんだい たろう | 生年月日 | 明・大 昭・平 | 年 月 日 |
| 氏名 | 金大 太郎 | | | |
| 住所 | 〒 市 町 番地 | | | |

●申込者 (患者さんご本人の場合は記入不要)

| | | | |
|------|----------|----------|---|
| ふりがな | きんだい はなこ | 患者さんとの関係 | 妻 |
| 氏名 | 金大 花子 | | |

前払いが出来ない場合もあります。

夫、妻、親、子、兄弟・姉妹、ご家族以外の方は詳細にご記入ください。

●ご希望の受取方法を選択し、必要事項をご記入ください。本申込書(引換証)の裏面をご確認ください。

| | | |
|------|-------------------------------------|--|
| 受取方法 | <input type="checkbox"/> 郵送希望 | 文書料を前払いされる際は、返信用封筒(切手貼付)をご準備ください。 |
| | <input type="checkbox"/> 出来上がり次第TEL | 日中(平日9時～16時頃)の連絡先: - - |
| | <input type="checkbox"/> 来院時に受取希望 | 来院日: 年 月 日 |
| | <input type="checkbox"/> 入院中・病棟受取希望 | 病棟・階: <input type="checkbox"/> 東 <input type="checkbox"/> 西 <input type="checkbox"/> 北 |

医師の都合により、ご希望に添えない場合がありますので、ご承知おきください。

●受取時のご注意

- ご本人受取時…「診察券」・「診断書・証明書等申込書(引換証)」・「本人確認できる公的証明書(保険証など)」が必要です。
- ご本人以外の方受取時…ご本人の委任状もしくは同意書・受け取る方の公的証明書(免許証・保険証など)を確認させていただきますので、ご了承ください。

●診断書の種類を選択し、お申し込み件数をご記入ください。

受取時に必要です!

| 診断書の種類 | | 件数 | コード | 金額 | 証明期間など |
|--|---|----|--------|-------------|------------------------------|
| 1 病院所定の文書 | ・診断書 ※MEMO欄に内容記載 | 1 | 95007 | 2,160円 | 年 月 日～年 月 日 |
| | ・死亡診断書 | | 95013 | | 年 月 日～年 月 日 |
| | ・保険会社等発行の死亡診断書 | | 95011 | | 年 月 日～年 月 日 |
| 2 年金 | ・保険会社等発行の文書 | 1 | | | 年 月 日～年 月 日 |
| | ・診断書 確認届(月) | | | | 年 月 日～年 月 日 |
| | ・受診状況等証明書 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 | | | | 年 月 日～年 月 日 |
| | ・精神通院自立・精神福祉手帳 | | 95025 | 4,320円 | 年 月 日～年 月 日 |
| | ・自立支援申請書・投薬内容届 | | | | |
| | ・身体障害者() | | | | |
| | ・指定難病() <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 | | | | |
| ・小児慢性() <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 | | | | 年 月 日～年 月 日 | |
| ・肝炎治療() | | | | | |
| 3 傷病手当金意見書 | 期間をご記入ください | 1 | 880060 | 点数×割数 | 指示する期間をご記入ください。 |
| 4 訪問看護指示書 | ・精神訪問看護指示書 | | 150009 | ※交付時に保険証確認 | |
| 5 はり・きゅう同意書 | ・あんま・マッサージ同意書 | | 880336 | | |
| 6 介護保険主治医意見書 | ※予診票記載 | | - | | 予診票の記載が必要となります。番窓口へお知らせください。 |
| 7 | | | | 円 | |

証明する入院期間、通院期間は、それぞれご記入ください。

職務不能・休職期間

年 月 日～年 月 日

●MEMO (病院所定診断書の記載内容を必ずご記入ください)

(例) 病名、入院見込期間、自宅療養期間(ヶ月程度)等記載内容をご記入ください。
会社提出用、学校提出用(提出先もお知らせください)

| | |
|-----|-----|
| 受付者 | 入力者 |
| | |