

診断書等申込書

申込番号

太線枠をご記入ください。 平成 年 月 日 申込

フリガナ		I D	
患者氏名		診療科	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	主治医	医師
患者住所	〒 -		

患者が申込者の場合、「申込者氏名」及び「申込者住所」は【同上】とご記入ください。なお、ご本人・親族以外が申し込まれる場合、別途、委任状が必要になります。

フリガナ		続柄	
申込者氏名			
申込者住所	〒 -		
連絡先	自宅 - - <input type="checkbox"/> 留守電可		
	携帯 - - <input type="checkbox"/> 留守電可		
	連絡希望時間帯	時 ~ 時	(平日 9 時~17 時)

受取方法	来院 ・ 郵送 (いずれかに○を記入) 郵送をご希望の場合、82 円分の切手をご負担願います。
------	--

診断書等の種類 (いずれか番号に○を記入)	金額/通	必要枚数
1 病院備え付けの診断書 記載項目 () 使用目的 ()	2,160 円	通
2 傷病手当金請求書	0 円~1,000 円	通
3 生命保険・障害年金・後遺障害診断書	4,320 円	通
4 その他 診断書等の名称 ()	0 円~4,320 円 (金額:)	通
証明期間 (入院・通院)	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
お渡し予定日	2 週間後：平成 年 月 日 頃	
受取者サイン	平成 年 月 日 氏名	

・診断書等はお渡しできるまでに 2 週間程度を見込んでいますが、診断書等の内容等によっては 2 週間以上かかる場合もございます。あらかじめご了承ください。
 ・**診断書等の受け取りの際は出来上りを次の時間帯に電話で確認の上、ご来院ください。**なお、診断書等のお問い合わせについても、次の時間帯にお願いします。
 連絡先 豊川市民病院 医事課 業務グループ 文書担当 0533-86-1111
 平日 (土・日・祝及び年末年始除く) 9 時~16 時 30 分

【 】 主治医に確認済

【 業務 ・ 病院用紙 】

担当者	申込	
	受渡	