

診断書・諸証明書交付願

申込日	令和 年 月 日
-----	----------

診察券番号 (登録番号)		患者氏名		生年月日	年 月 日
申込者	☐ 本人 ☐ その他(続柄:) 委任状(家族以外)			☐ 有 ☐ 無	
ショートメールサービス SMS連絡先	☐ 不要 ☐ 要: シメイ氏名 携帯番号 固定電話 のみの方 シメイ氏名 電話番号				
郵送先	☐ 不要 ☐ 郵送希望(レターパックプラス提出済) 〒 住所				

＜書類の郵送について＞

- ※遠方等により郵送を希望される場合は、以下をご確認ください。
- ① レターパックプラスをご用意いただき、お届け先をご記入ください。
 - ② レターパックプラスは、書類申込時にご提出ください。
 - ③ 書類完成后、ご提出いただいたレターパックプラスにて発送いたします。

【上記内容を確認し郵送を希望します。 氏名 _____】

証明等の期間					
①	年 月 日 ~	年 月 日	④	年 月 日 ~	年 月 日
②	年 月 日 ~	年 月 日	⑤	年 月 日 ~	年 月 日
③	年 月 日 ~	年 月 日	⑥	年 月 日 ~	年 月 日

交付を受けようとする診断書、諸証明書の種類			
1 生命保険の保険金受領のための証明書	通	9 診断書(職場提出用・警察提出用)	通
2 傷病手当金意見書	通	10 医療費助成申請証明書	通
3 療養費同意書	通	11 学校関連証明書	通
4 他施設入所用診断書	通	12 領収証明書	通
5 身体障害者診断書・意見書	通	13 退院証明書	通
6 公費診断書・難病臨床調査個人票	通	14 その他の診断書・証明書	通
7 労災関連 ()	通	()	()
8 訪問看護指示書・8-1特別訪問看護指示書	通	15 指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書	通
訪問看護事業所名:		指定居宅介護支援事業所等名:	
()	()	()	()

診療科		主治医	医師	合計	通
-----	--	-----	----	----	---