

郵送でのお申し込み用紙(必要事項をすべて記載し、ご同封ください)

保険会社の診断書用紙等や保険証のコピーもお忘れなく、ご同封ください。

(1) 診察券番号

			-			-				-		
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	---	--	--

フリガナ

(2) 患者氏名

.....

(3) 生年月日

_____ 大正・昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(4) 住所

〒 _____ - _____

(5) 連絡のつく電話番号(書類が出来上がり次第、ご連絡いたします。)

(電話番号) _____ - _____ [本人 ・ 続柄 ()]

(6) 診療科、主治医

(診療科名) _____ 科 (主治医) _____

(7) 証明が必要な診療期間(入院期間、通院期間、傷病手当金支給申請書等に記載する労務不能の期間)

1回目(西暦)	_____	年	_____	月	_____	日	から	_____	年	_____	月	_____	日
2回目(西暦)	_____	年	_____	月	_____	日	から	_____	年	_____	月	_____	日

(8) 病院所定の診断書をお申し込みされる方のみ記入 ※ 必要な項目に○をしてください。

病院所定診断書の提出先を記載してください【 _____ 】 ←記入例：学校、職場、警察、役場など

- 傷病名
- 入院期間
- 自宅療養(=休職)が必要な見込み期間
- 就労可能見込み日
- その他 { _____ }

(9) 提出期限日(書類に提出期限がある場合のみ、ご記入ください。)

_____ 月 _____ 日 ※ 受取り日をお約束するものではありません。予めご了承ください

(10) その他(書類作成にあたり、その他の連絡事項などございましたら、ご記入ください。)

{ _____ }