

# 診断書・証明書等申込書

※太枠内のご記入をお願いします。

申込日:令和 年 月 日

ふりがな			
患者氏名			患者ID
生年月日	大・昭・平・令	年	月 日生
住所			
電話番号			
申込者氏名		続柄	
完成後の連絡先			
保険の種類	健保・労災・交通事故・自費		
証明の期間	平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日		
診療科・主治医	科 医師		
文書の種類	<input type="checkbox"/> 診断書（当院指定書式・生命保険会社等指定書式） <input type="checkbox"/> 傷病手当金請求書 <input type="checkbox"/> 休業補償費請求書 <input type="checkbox"/> 入院証明書 <input type="checkbox"/> 施設診断書 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 身体不自由診断書（リハ測定：あり・なし 予約日 月 日） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
備考			
池袋病院	完成連絡日	/	お渡し日 / 受付者

# 診断書・証明書等申込書 引換券

※お受け取りの際には、本券と引き換えにお渡しいたします。

（平日：午前9時～午後7時／土曜日：午前9時～午後5時）

ふりがな			
患者氏名			患者ID
文書の種類	<input type="checkbox"/> 診断書（当院指定書式・生命保険会社等指定書式） <input type="checkbox"/> 傷病手当金請求書 <input type="checkbox"/> 休業補償費請求書 <input type="checkbox"/> 入院証明書 <input type="checkbox"/> 施設診断書 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 身体不自由診断書（リハ測定：あり・なし 予約日 月 日） <input type="checkbox"/> その他（ ）		