

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身分証明書のコピーもお忘れなく、ご同封ください。

(1) 診察券番号

□	□	□	-	□	□	-	□	□	□	□	-	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

(2) 患者氏名 (フリガナ)

(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。)

(自宅、携帯等) - -

(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、労務不能期間【傷病手当】)

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) 記載が必要な項目 (病院所定の診断書を希望する場合に限る) 必要な項目に○をしてください。

診断書の提出先もお知らせ願います【 】 ←記入例：学校、職場、警察、役場など

1. 傷病名 2. 発症日 3. 治療内容 4. 治療見込み期間 5. 治癒日

6. 退院後の自宅療養の見込み期間 7. 入院期間 8. 通院期間 (又は通院日)

9. その他 []

(9) 受取り希望日 (書類に提出期限がある場合のみ、ご記入ください。)

月 日 ※ご希望に添えない場合がございます。予めご了承ください。

(10) その他 (書類作成にあたり、記載が特に必要な事項などございましたら、ご記入ください。)

[]