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

（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）病院所定の診断書をお申し込みされる方のみ記入　※ 必要な項目に〇をしてください。

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

1．傷病名　　2．入院期間　　3．自宅療養（＝休職）が必要な見込み期間

4．就労可能見込み日　　5．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ございません。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。）

〔　　〕

(2025年11月版)