

診断書・証明書など文書の申込書（兼 同意書・委任状）

診察券番号		申 込 日	年	月	日
氏 名		生年月日	年	月	日
希 望 する 文 書	指 定 の 用 紙	<input type="checkbox"/> 入院・通院・手術証明書（保険会社のもの） 通 <small>※ 不妊治療（生殖補助医療など）の手術証明書は1周期あたり1通となります</small> <input type="checkbox"/> 傷病手当金請求書★ 通 <input type="checkbox"/> 母性健康管理指導事項連絡カード★ 通 <input type="checkbox"/> 不妊治療連絡カード 通 <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票（難病医療費助成） 通 <input type="checkbox"/> その他 通			
	当 院 の 用 紙	<input type="checkbox"/> 診断書★ 通 <input type="checkbox"/> 出産予定日証明書 通 <input type="checkbox"/> 通院証明書 通 <input type="checkbox"/> 懐胎時期証明書 通 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 通 紹介先： 受診歴：無 / 有 [旧姓：] 受診希望日：① 年 月 日 ② 年 月 日 <input type="checkbox"/> その他 通			
手術または入院した日	①	年	月	日	～ 年 月 日
	②	年	月	日	～ 年 月 日
	③	年	月	日	～ 年 月 日
証明期間	★は必須	年	月	日	～ 年 月 日
希望事項	★は必須 入院加療 / 自宅療養 / 勤務時間の短縮 / その他 []				
受取方法	<input type="checkbox"/> 本人が来院して受け取る <input type="checkbox"/> 代理人が来院して受け取る <input type="checkbox"/> 郵送（下記の住所に郵送します） 〒 TEL				

※ 申し込んだ方または受け取る方が本人ではない場合は記入してください。

代理人氏名	<input type="checkbox"/> 申し込み <input type="checkbox"/> 受け取り	患者との関係
代理人住所 (患者と同じ場合は不要)	〒 TEL	