

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	□ 入院手術等証明書(保険会社) [先進医療:含む／含まない／先進医療のみ] ※ 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	通						
	□ 傷病手当金請求書★	通						
	□ 母性健康管理指導事項連絡カード★	通						
	□ 不妊治療連絡カード	通						
	□ 臨床調査個人票(難病医療費助成)	通						
	□ その他	通						
当院の用紙	□ 診断書★	通						
	□ 出産予定日証明書	通						
	□ 通院証明書	通						
	□ 懐胎時期証明書	通						
	□ 診療情報提供書	通						
	紹介先: 受診希望日:①	月	日	②	月	受診歴:無／有 [旧姓:]		
□ その他					日			
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	□ 本人が来院して受け取る							
	□ 代理人が来院して受け取る							
	□ 郵送(下記の住所に郵送します)							
	〒							

※ 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	