

書類申込書

必ずお客様控えを保存下さい

●申込年月日 年 月 日

●診察券番号 — —

●生年月日 大・昭・平・令 年 月 日

●氏 名

【診療科・医師名を記入してください】

●（ ）科

●（ ）医師

【書類枚数】（ ）枚 現在入院中（ ）階

●必要な書類を○で囲んでください。

・生命保険診断書	・医療費証明書
・傷病手当金請求書	・難病・特定疾患臨床調査個人票
・労災休業補償請求書	・障害年金診断書（有効期限： 年 月 日）
・病院様式診断書（記載内容： ）	提出先： ）
・自立支援（精神通院）診断書（新規・継続・有効期限： 年 月 日）	
・障害者保健福祉手帳用診断書（新規・継続・有効期限： 年 月 日）	
・その他（ ）	

証明期間（ 年 月 日～ 年 月 日）

書類受取人 本人 ・ 本人以外
本人以外するとき 氏名 電話 - -

※以下は職員用です。記入しないでください 受付者（ ）

連 絡	受 取
月 日 時 分	月 日
電話済・不通	受取者氏名（ ）
連絡者（ ）	担 当 者（ ）
書類金額【¥ 】	