

# 診断書 申込書 兼 診断書 預り書

ご依頼の際は、太枠内をご記入いただき、診断書の原本と一緒に受付へご提出ください

記入日 年 月 日

患者名											
生年月日	M・T・S・H		年		月		日				
入院期間	年		月		日	～	年		月		日
	年		月		日	～	年		月		日
証明が必要な期間	<input type="checkbox"/> 上記の入院期間と同じ										
	<input type="checkbox"/>	年		月		日	～	年		月	
(備考)											

## 使用目的

<input type="checkbox"/> 入院給付金の請求 (保険会社名: ) (保険会社名: ) (保険会社名: )	
<input type="checkbox"/> 傷病手当金の申請	<input type="checkbox"/> 休業特別支給金支給の申請
<input type="checkbox"/> 身体障がい者用手帳の申請	<input type="checkbox"/> 勤務先への提出
<input type="checkbox"/> その他 ( )	

## 依頼者 (来院された方)

氏名		続柄	
連絡先 TEL			

## 診断書の受け取り方法

チェックした場合、左欄の記入は不要です

<input type="checkbox"/> 来院		<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ
連絡先 TEL	( ) -	
<input type="checkbox"/> 郵送 ※ 郵送料金をご負担いただきます		
郵送先	(〒 - )	
お名前		<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ

上記の書類をお預かりいたしました (担当者: )

## 【当院記入欄】

ID	主治医	病棟

診断書料金のお支払い	未	済	➔	【お支払い希望の場合】			
診断書の枚数	計	枚		3か月以内の診断書の発行		有	無
プライムレポートへの入力	未	済		FLY対象		有	無
				郵送料の入金処理		済	未