

診断書申込書

※太枠線の中のみご記入ください。

※料金を確認後、お申し込みください。

科別	申込日 年 月 日	受託者 <input type="radio"/> <input type="checkbox"/>	
フリガナ		ID	—
患者名		普通・特定疾患	72011
		生命保険	72022
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	年金・身体障害	72026
住所		分娩	72034
		後遺症	72040
フリガナ者 申込者	患者との続柄	傷病手当金	00173
連絡先	TEL () 8:30~17:00に連絡のとれる番号をお願いいたします。 <input type="checkbox"/> 連絡がつかない場合は本人へ(入院中)	訪問看護指示書	00388
		情報提供書A	00165
		その他()	
コメント	<input type="checkbox"/> 入院・手術の証明をお願い致します。 <input type="checkbox"/> 通院 必要・不要	循環器内科	72026
		※身体障害(心臓機能障害) 新規・更新 ※認定基準リーフレット配付・説明 済	
受領日	年 月 日	計 通	
受領者 (サイン)		連絡日 年 月 日	

引換え書

申込日 年 月 日

※ 本書をお持ちにならないと、診断書をお渡し出来ない事が有りますのでご注意ください。

※ 診断書の出来上がりには、通常10日から14日ほどかかります。出来上がり次第ご連絡さしあげます。

ID : 患者名 様 申込科

備考 : 通院 : 要・不要 受託者

委任状 ※患者本人

保護者

相続人

} 以外の方が受け取られる場合は、記入がないとお渡しできませんので必ず記入してください。

桐生厚生総合病院長 あて

患者氏名 印

患者住所

生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日

令和 年 月 日貴院に申し込んだ診断書または証明書 通の受取りについて本状を持参し、提出する下記の者に委任します。

受取人氏名 印

住所

患者との続柄

診断書申込書

※太枠線の中のみご記入ください。

※料金を確認後、お申し込みください。

科別	申込日 2021 年 1 月 1 日	受託者	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/>
フリガナ	コウセイ タロウ	ID	123456 — 7
患者名	厚生 太郎	普通・特定疾患	72011
生年月日	明・大・昭・平・令 51 年 4 月 1 日	生命保険	72022
住所	群馬県桐生市織姫町6番3号	年金・身体障害	72026
フリガナ者	患者との続柄 本人	分娩	72034
連絡先	TEL 0277 (44) 7171 8:30~17:00に連絡のとれる番号をお願いいたします。 <input type="checkbox"/> 連絡がつかない場合は本人へ(入院中)	後遺症	72040
コメント	<input type="checkbox"/> 入院・手術の証明をお願い致します。 <input type="checkbox"/> 通院 必要 ・ 不要	傷病手当金	00173
受領日	年 月 日	訪問看護指示書	00388
受領者	(サイン)	情報提供書A	00165
		その他()	
		循環器内科	72026
		※身体障害(心臓機能障害)	
		新規 ・ 更新	
		※認定基準リーフレット配付・説明	済
		計	通
		連絡日	年 月 日

引換え書

申込日 年 月 日

※ 本書をお持ちにならないと、診断書をお渡し出来ない事が有りますのでご注意ください。

※ 診断書の出来上がりには、通常10日から14日ほどかかります。出来上がり次第ご連絡さしあげます。

ID : 患者名 様 申込科

備考 : 通院 : 要 ・ 不要 受託者

委任状

※患者本人

保護者

相続人

以外の方が受け取られる場合は、記入がないとお渡しできませんので必ず記入してください。

桐生厚生総合病院長 あて

患者氏名 印

患者住所

生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日

令和 年 月 日貴院に申し込んだ診断書または証明書 通の受取りについて本状を持参し、提出する下記の者に委任します。

受取人氏名 印

住所

患者との続柄