

# 診断書等の申込書

※ お申し込み後の取消しはできませんので、あらかじめご了承ください。

※ 濃い太枠内に記入をお願いします。

窓口 書類受付・受取対応 ( 平日 9:00 ~ 17:00 )

申し込み日	年 月 日
フリガナ	
患者氏名	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生
担当医	医師

【メモ】

<input type="checkbox"/> 病院規定の診断書	通	<input type="checkbox"/> 特別障がい者手当認定診断書	通
<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当認定診断書	通	<input type="checkbox"/> 保育所・学校・会社等規定書類	通
<input type="checkbox"/> 年金等各種診断書	通	<input type="checkbox"/> 通院証明書	通
<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患各種診断書・意見書	通	<input type="checkbox"/> 心理検査結果報告書	通
<input type="checkbox"/> 障がい児福祉手当認定診断書	通	<input type="checkbox"/> 補装具費支給意見書	通
<input type="checkbox"/> 身体障がい者診断書・意見書	通	<input type="checkbox"/> 【 】	通
<input type="checkbox"/> 療育手帳診断書	通	<input type="checkbox"/> 【 】	通
<input type="checkbox"/> 精神通院医療診断書 (自立支援)	通	<input type="checkbox"/> 【 】	通
<input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳用診断書	通	<input type="checkbox"/> 【 】	通

提出先		提出先電話番号 (わかる範囲で)	
-----	--	---------------------	--

受け取り希望日	年 月 日	
---------	-------	--

備考 使用目的等	
-------------	--

申込者氏名		患者本人で ない場合	本人との関係 ( )
-------	--	---------------	------------

受取者	〒 -		
連絡先	携帯番号 ( )	電話番号 ( )	
	※連絡時、受取者が不在の場合、 ご本人又は、ご家族に伝言させて頂くこと (可・否)		

受取者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 【 】
	※ 受け取りの際、預り書と診察券と保険証もしくは身分証明書を必ず持参してください。	

担当印	受付者	会計	日付	渡した者	受取人 署名