

診断書等申込書兼預り証

太枠内をご記入ください。

申込年月日 年 月 日

主治医 先生

Drクラーク
受付
月 日

受付担当

患者さんのお名前

ID:

申込者

フリガナ	
氏名	
住所	〒
連絡先	(自宅・携帯・勤務先)
主治医	

フリガナ	
氏名	
住所	〒
連絡先	(自宅・携帯・勤務先)
患者さんとの関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹 <input type="checkbox"/> その他()

診断書の種類及び証明期間

診断書の種類	件数	金額	備考(証明期間等)
保険会社等の診断書			算定 済 / 未 会計 済 / 未
病院所定の診断書			
提出先： <input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> その他()			
傷病手当証明書			
休業補償給付支給証明書			
その他()			

受取方法	来院 ・ 郵送 (普通郵便・レターパック)
------	-----------------------

受取 予定者	本人 ・ 本人以外
-----------	-----------

※診断書作成に要する期間は依頼をされた日より2~4週間程度頂いております。

※入院中の方は原則として退院日以降の作成となります。

※書類作成にあたり診察が必要な場合は再度来院いただくこともあります。あらかじめご了承ください。

※お受け取りの際は、本状(診断書等申込兼預り証と診察券をご持参ください。

※患者様ご本人でない方の診断書の申請・受取には代理人の身分を証明するもの(運転免許証、健康保険証など)が必要です。

※出来上がり後、6か月を経過しても受領が無い場合は、処分させていただきます。

受取日	年 月 日	受取者氏名	確認者
-----	-------	-------	-----

医療法人社団慶泉会 町田慶泉病院
〒194-0005 東京都町田市南町田2-1-47
TEL042-795-1668 FAX042-796-2680

2017年6月1日改訂版