

新潟県立加茂病院 診断書・証明書等申込書

※太枠の中をご記入ください。

申込日

令和7年10月15日

診察券番号		99 - 9999 - 9		受診科	内科		担当医	富所 医師	
患者様	氏名	カガナ/ カモ ショウヘイ 加茂 翔平			生年月日	☐ 大正 ☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 〇 年 11 月 30 日			
	ご住所	〒 999 - 9999 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇〇〇町 9丁目99番99号			TEL	自宅	090-9999-9999		
						携帯	080-8888-8888		
申込者氏名 (患者様ご本人以外の場合はご記入下さい)		カガナ/ カモ マミコ 加茂 真美子			TEL	自宅	090-9999-9999		
						携帯	080-8888-8888		
受取方法 (何れかに✓をお願いします)		☒ 来院	電話連絡先	☒ 患者様宅 ☐ 申込者宅 ☐ 患者様携帯 ☒ 申込者携帯 ☐ その他 ()					
		☐ 郵送	宛先 (②③は住所記載)	☐ ①患者住所 ☐ ②申込者住所 ☐ ③他宛先()					
		住所: ※返送用の封筒、切手を同封してください。(通常110円、A4サイズ10枚以上は180円)							
証明期間	① ☐ 入院 ☐ 外来 年 月 日 ~ 年 月 日								
	② ☐ 入院 ☐ 外来 年 月 日 ~ 年 月 日								
	③ ☐ 入院 ☐ 外来 年 月 日 ~ 年 月 日								
病院様式の ・診断書 ・証明書 をご希望の方	記載が ☐ 診断名 ☐ 手術名 ☐ 入院期間 ☐ 自宅療養期間								
	必要な項目 ☐ その他 ()								
提出先 ☐ 勤務先 ☐ 警察 ☐ その他 ()									
申込文書名			料金	部数	申込文書名			料金	部数
診断書・証明書(保険会社提出用)					自他療養者診断書・意見書				
【必要な物、確認事項】 (申込前) 患者様の勤務先へ就労不能期間の確認をお願いします。 (申込時) ホームページ “お申込み” に記載のとおり。									
受診状況等証明書			¥2,200 ×		今般の申請期間をご記入ください。				
公安提出用診断書			¥2,200 ×						
傷病手当金申請書			×	1	期間 至 年 月 日				
介護保険主治医意見書 ☒ 新規 ☐ 更新			×		就労不能期間(申請期間) 令和〇年〇月〇日~ 令和〇年〇月〇日			×	
金額証明書			¥2,200 ×						

※上記書類を受領しました。

令和 年 月 日 受領者氏名

【病院使用欄】

受付者	依頼者	確認者	完成日	電話連絡日	郵送日	郵送者
依頼日： 令和 年 月 日			記載締切日： 月 日 迄に記載をお願いします。			
※前回分は			に(スキャン・院内分作成)済みです。			