

書類申込書（郵送用）

記入例

- ①書類申請の同意：お申し込み時注意事項をご確認のうえ、必ずチェックしてください。
- ②太枠内を記入・☒してください。

☒書類申請の同意 別紙の【注意事項】を読み、書類を申込みます。

申込日 年 月 日（ 年 月 日 まで保留）

受付者

/

診療券番号	1122345	連絡先 ※日中にご連絡のつく電話番号をご記入ください。
フリガナ	サイセイ ハナコ	① 0744 — 43 — 5001
患者氏名	済生 花子	☒ 自宅 ☐ 本人携帯 ☐ 家族携帯(氏名：) ☐ 他
生年月日	大昭和・平・令 23 年 4 月 5 日	② 090 — 1111 — 2222
申請者		☐ 自宅 ☒ 本人携帯 ☐ 家族携帯(氏名：) ☐ 他
診療科/ 担当医	内 科	患者さんとの 関係 ☒ 本人 ☐ 配偶者・親・子・他()
		〇〇 先生

連絡先は必ず2つ
ご記入ください。

本人以外の申し込みは
申請者氏名を
ご記入ください。

書類種別	数量	詳細
☒ 保険会社診断書	1通	☒ がん病名証明 入院期間 20xx 年 1 月 10 日 ~ 20xx 年 1 月 12 日 20xx 年 2 月 13 日 ~ 20xx 年 2 月 25 日 年 月 日 ~ 年 月 日 通院期間 年 月 日 ~ 年 月 日 ☒ 不要 休職期間 年 月 日 ~ 年 月 日・不要
☒ 傷病手当金支給申請書	1通	20xx 年 1 月 10 日 ~ 20xx 年 2 月 28 日
☐ 労災 号 []	通	年 月 日 ~ 年 月 日
☐ 身体障害者診断書・意見書	通	[障害名] ☐ 新規 ☐ 再認定(現在 級)
☐ 難病臨床調査個人票	通	☐ 新規 ☐ 更新
☐ 自賠害診断書/明細書	通	年 月 日 ~ 年 月 日
☐ 自動車損害賠償責任保険後遺障害診断書	通	年 月 日 ~ 年 月 日
☐ 受診状況等証明書	通	[病名]
☐ 障害年金診断書/障害状態確認届	通	[病名] ☐ () 月の現症 ☐ (年 月) から3ヶ月以内の現症 ※提出先に現症月を確認してからお申し込みください
☐ 診断書(精神障害者保険福祉手帳用)	通	☐ 自立支援医療の支給認定を同時申請
☐ その他()	通	年 月 日 ~ 年 月 日
☐ その他()	通	年 月 日 ~ 年 月 日
受取方法	☐ 書類窓口 ☒ 郵送（レターパックライト）	

申し込みされる書類を
☒してください。
証明期間・必要項目を
ご記入ください。

不明な場合は、
事前に提出先へ
ご確認ください。

上記以外の書類は
こちらにご記入ください。

受取方法を選択してく
ださい。
郵送希望の場合、
別途郵送料が必要で
す。

備考

病院記入欄			
管理No :	完成	連絡	交付
住所: ☐ 確認 ☒ 医師確認済	/	/	/
外字: ☐ 電カ ☐ 登録外()			

受取確認
受取者署名 (フルネームでご記入ください)