

書類申込書 (郵送用)

※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。

受付日 年 月 日 (年 月 日 まで保留)

診察券番号			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			① — —	
患者氏名			☐自宅 ☐本人携帯 ☐家族携帯(氏名：) ☐他	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日		② — —	
			☐自宅 ☐本人携帯 ☐家族携帯(氏名：) ☐他	
申請者			患者さんとの関係	本人・配偶者・親・子・他()
診療科/担当医	科		先生	
書類種別		数量	詳細	
☐保険会社診断書 ★障害診断書/介護診断書/コスト別/整形Y(入証以外)		通	☐ がん病名証明	
			入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日
				年 月 日 ~ 年 月 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 ★新規		通	年 月 日 ~ 年 月 日	
☐労災 号 [] ★新規		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 ★新規		通	☐新規 ☐更新	
☐自賠責診断書/明細書 ※月ごと、診療科ごとの作成となります。診療報酬点数の記載が必要なため、書類のお渡しは診療月の翌月10日以降となります。 ★受付		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 ★新規		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) ★新規		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)			

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: ☐電カル ☐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)