

# 書類申込書

受付者	
-----	--

申込み年月日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

私の傷病について、第三者にありのまま報告されても異議はありません。  
※書類申込後のキャンセル・返金は致しかねますのでご了承ください。

患者番号			
フリガナ		生年月日	明・大・昭・平
患者氏名			年 月 日
患者住所	〒 _____	連絡先	( _____ )

申請者（患者さん本人が申請される場合は記入不要です。）

フリガナ		続柄	
申請者氏名		連絡先	( _____ )

診断書の種類		料金(税別)	必要枚数
<input type="checkbox"/> 保険会社診断書：各保険会社の所定の用紙をお持ちください。 ※令和4年7月19日申込分より2枚目以降も4,000円となります。		4,000円	通
証明 期間	1. 年 月 日 ~ 年 月 日 2. 年 月 日 ~ 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 当院所定診断書：下欄の項目にチェックをしてください。		1,000円	通
●提出先： <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> 役所・保健所 <input type="checkbox"/> その他( _____ )			
●記載依頼項目： <input type="checkbox"/> 初診日 <input type="checkbox"/> 手術日 <input type="checkbox"/> 手術名 <input type="checkbox"/> 治療期間 <input type="checkbox"/> 入院・通院期間			
※病名は必ず記入します <input type="checkbox"/> 自宅療養期間 <input type="checkbox"/> 就労可否 <input type="checkbox"/> その他( _____ )			
<input type="checkbox"/> 傷病手当金申請書：勤務先の所定の用紙をお持ちください。		※保険適用	通
労務不能期間： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日			
<input type="checkbox"/> その他診断書：( _____ )			通
診療科		担当医	
受取方法	本人 ・ 代理人 ( _____ )		
備考			

受領年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
受領確認(サイン)	
続柄	

## ※病院処理欄

Yahgee受付入力	未	済
代行者	/	
スキャン処理者	/	
受領者	/	