

No. _____

文書申込書

*太枠内のみご記入ください

患者番号	— —	
フリガナ		生年月日
患者氏名		大正・昭和 平成・令和 年 月 日
患者住所	電話番号 () —	
診療科	内 循 緩 神 小 外 呼 整 形 脳 皮 泌 婦 眼 耳 放 麻	主治医 先生 計 通
証明の期間	1	年 月 日 ~ 年 月 日
	2	年 月 日 ~ 年 月 日
	3	年 月 日 ~ 年 月 日
フリガナ		患者との関係
申込者		
連絡先電話番号	() —	
受付日	年 月 日	受渡予定日 年 月 日 受付者

- 院内診断書(用途)
通院証明書 入院証明書 手術証明書 死亡診断書 年金診断書
身体障害者診断書 後遺障害診断書 傷病手当金意見書 特別児童扶養手当診断書
難病疾患診断書 学校医療の状況 (月分) 受診状況証明書 自賠責明細書
自賠責診断書 特定疾病申請書 労災休業補償 健康診断書 情報提供書
その他 ()

*記入上必要事項

登録	依頼	受取	交付

事務処理欄 院内 990301 出産 990308 その他 _____
 院外 990303 傷手 880060 無料・支払済
 労休業 990802 ~ _____

受取

No. _____

文書依頼書

患者番号	— —												
フリガナ			生年月日	大正・昭和	年 月 日								
患者氏名				平成・令和									
患者住所	電話番号 () —												
診療科	内 脳	循 皮	緩 泌	神 婦	小 眼	外 耳	呼 放	整 麻	形	主治医	先生	計	通
証明の期間	1	年 月 日		～	年 月 日								
	2	年 月 日		～	年 月 日								
	3	年 月 日		～	年 月 日								
フリガナ			患者との										
申込者			関係										
連絡先電話番号	() —												
受付日	年 月 日	受渡予定日	年 月 日	受付者									

- 院内診断書(用途)
通院証明書 入院証明書 手術証明書 死亡診断書 年金診断書
身体障害者診断書 後遺障害診断書 傷病手当金意見書 特別児童扶養手当診断書
難病疾患診断書 学校医療の状況 (月分) 受診状況証明書 自賠責明細書
自賠責診断書 特定疾病申請書 労災休業補償 健康診断書 情報提供書
その他 ()

*記入上必要事項

登録	依頼	受取	交付

No. _____

文書申込兼受取書

*太枠内のみご記入ください

患者番号	— —												
フリガナ				生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日					
患者氏名													
患者住所				電話番号	()	—						
診療科	内 脳	循 皮	緩 泌	神 婦	小 眼	外 耳	呼 放	整 麻	形	主治医	先生	計	通
証明の期間	1	年		月	日	～	年	月	日				
	2	年		月	日	～	年	月	日				
	3	年		月	日	～	年	月	日				
フリガナ				患者との									
申込者				関係									
連絡先 電話番号	() —												
受付日	年	月	日	受渡予定日	年	月	日	受付者					

- 院内診断書(用途)
通院証明書 入院証明書 手術証明書 死亡診断書 年金診断書
身体障害者診断書 後遺障害診断書 傷病手当金意見書 特別児童扶養手当診断書
難病疾患診断書 学校医療の状況 (月分) 受診状況証明書 自賠責明細書
自賠責診断書 特定疾病申請書 労災休業補償 健康診断書 情報提供書
その他 ()

【お願い】

- 文書受取の際は、必ずこの申込書をご持参ください。
- 事情により期日までに文書ができないことがありますので、事前にお電話にてご確認ください。

お問い合わせ・ご来院は平日の8:30～17:00の間でお願い致します。

高砂市民病院

〒676-8585

高砂市荒井町紙町33番1号 電話 (079) 442-3981 [内線: 5157]