

診断書等申込書（郵送申請）

申込日： 年 月 日

●文書作成を依頼する患者さんの情報をご記入ください。

患者番号	一	性別	電話番号	一	一
フリガナ 患者氏名		男・女	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日

●代理人が来院し、受け取りを希望される方は、代理人の連絡先をご記入ください。

合わせて病院HPに掲載している委任状を記入の上、同封してください。

代理人氏名		電話番号	一	一
代理人住所	〒			
患者との関係	ご家族（続柄： ）	その他	保険会社・施設職員・後見人（保佐人） その他（ ）	

書類受取方法		該当する項目に☑をしてください。		
<input type="checkbox"/>	窓口で受け取る	<input type="checkbox"/>	郵送	
		wellcne（ウェルコネ）アプリ決済登録済みの方のみ		
		<input type="checkbox"/> アプリ決済を行う	<input type="checkbox"/> アプリ決済を行わない	

書類種別		該当する項目に☑をしてください。		
<input type="checkbox"/>	本院所定様式 提出先：市役所等、会社、その他（ ） ←○をつけてください			通
<input type="checkbox"/>	生命保険等診断書 ↓○をつけてください 提出先：アフラック・かんぽ生命・日本生命・府民共済・他（会社名： ）			通
<input type="checkbox"/>	臨床調査個人票（ 更新 ・ ※新規 ） ←○をつけてください 身体障がい者手帳 □なし □あり（ 級） ※新規の場合は、事前に担当医と作成についてお話ししている場合に限ります。			通
<input type="checkbox"/>	身体障害者診断書 ※事前に担当医と作成についてお話ししている場合に限ります。			通
<input type="checkbox"/>	障害年金診断書 ※事前に担当医と作成についてお話ししている場合に限ります。			通
<input type="checkbox"/>	特別児童扶養手当認定診断書			通
<input type="checkbox"/>	労災関係証明書			通
<input type="checkbox"/>	その他（ ） ※必ず事前に診断書窓口に連絡の上申請してください。			通

訪問看護指示書、小児慢性特定疾病医療意見書、精神障がい者保健福祉手帳用診断書、自立支援診断書（育成・更生・精神通院）、傷病手当金支給申請書は郵送申請の対象外です。

証明する期間					
入院	年 月 日～	年 月 日	外来	年 月 日～	年 月 日
	年 月 日～	年 月 日		年 月 日～	年 月 日
	年 月 日～	年 月 日	手術	年 月 日分、	年 月 日分
	年 月 日～	年 月 日		年 月 日分、	年 月 日分

医師への連絡事項記載欄					

以下、事務処理欄

依頼診療科					連絡記載欄		
医師名							
住所変更	受付	文書管理	スキャン	計算	受け渡し	受渡完了日	受取サイン
						/	