

# 診断書・証明書等申請書・同意書

都城新生病院 院長殿

(ID: \_\_\_\_\_)

費用の負担に同意のうえ当該文書の申請を致します。

申請日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(ふりがな)	( _____ )	生年月日	明・大・昭・平・令 _____ 年 月 日
<b>患者氏名</b>			
電話番号	_____		

※申請者が患者本人以外の場合、又は、患者本人が18歳以下の場合、ご記入をお願いします。

(ふりがな)	( _____ )	続柄	_____
<b>申請者</b>			
住所	(〒 _____ ) (TEL _____ )		

※完成後、郵送を希望される場合ご記入をお願いします。

宛名	_____
宛先	<input type="checkbox"/> 申請者住所へ郵送 <input type="checkbox"/> 以下住所へ郵送 ( 〒 _____ )

以下スタッフ記入欄

発行書類部数	<input type="checkbox"/> 普通診断書 _____ 通 <input type="checkbox"/> 傷病手当金支給申請書 _____ 通 <input type="checkbox"/> 保険会社用証明書・診断書 _____ 通 <input type="checkbox"/> 心理検査報告書 _____ 通 <input type="checkbox"/> 年金診断書 _____ 通 <input type="checkbox"/> _____ 通 <input type="checkbox"/> 公安委員会提出用運転免許更新診断書 _____ 通
<b>委任状</b>	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
<b>受領者 身分証明書類確認</b>	<input type="checkbox"/> 職員による目視確認 (本人に限る) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 障害者手帳 (写真付き)                      その他 ( _____ )
<b>交付日 または 郵送日</b>	<b>交付担当</b>
令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	_____

備考