

証明書等申込書

| | | |
|---|------|--------------------|
| フリガナ | 患者番号 | 生年月日 |
| 患者氏名 | | M・T・S・H・R 年 月 日 |
| 診療科 | 主治医 | |
| <<申込者>> 本人・家族(続柄)・代理人(委任状受取 済・受取時) 氏名 _____ 連絡先①TEL () /留守電 可・不可 /伝言 可・不可 連絡先②TEL () /留守電 可・不可 /伝言 可・不可 <<受取者>> 本人・申込者・申込者以外の家族(続柄 氏名) 代理人(委任状要) | | |

申込者記入欄

| | |
|---|---|
| ・入院証明書 通 済・未 ^{DR確認} 【入院期間】 (. . ~ . .) (. . ~ . .) ・通院証明書 通 済・未 【通院期間の証明】 要・不要 (. . ~ . .) ・傷病手当 通 済・未 【手術の有無】 有・無 【労務不能期間】 (. . ~ . .) ・分娩手当 通 済・未 ・診断書 通 済・未 ・その他 通 済・未 ・料金証明書 通 ・訪問看護指示書 普通 / 特別 ・ 通 済・未 [事業所名: _____ 指示期間: / ~ / 他利用事業所: 有・無 (有→事業所名: _____)] ・診断書(院内用紙) 通 済・未 | 告知 済・未 病理結果 済・未 入院中申込[受取] 入院〔病棟 退院予定 / 〕 <input type="checkbox"/> 退院時 <input type="checkbox"/> 退院後初回外来 <input type="checkbox"/> 希望なし |
| 受付日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 計 _____ 通 _____ 担当者 _____ | ◎提出先 |

証明書等申込書(控)

| | |
|---|--|
| 受付日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <<申込書類内訳>> ・入院証明書 通 ・通院証明書 通 ・傷病手当 通 ・分娩手当 通 ・診断書 通 ・その他 通 ・料金証明書 通 ・訪問看護指示書 普通 / 特別 ・ 通 ・診断書(院内用紙) 通 | ID _____ 患者氏名 _____ 様 書類を申込みいただきました。 ※書類作成の都合上、受付から受取りまで2~3週間を要します。あらかじめご了承ください。 書類ができあがり次第、申込み時に指定いただきました連絡先へご連絡いたします。 ※書類受取りに来院の際は、市民病院の診療券と本紙(証明書等申込書(控))をご用意ください (ご本人・ご家族以外の代理受取の場合、委任状と身分証(顔写真つき)が別途必要です。) ※受取場所/時間 : 文書・予約窓口 / 平日9:00~17:00 |
|---|--|

藤沢市民病院 医事課
 電話 0466-25-3111
 文書担当 内線8127
 自賠労災担当 内線8128