

### 証明書等申込書

フリガナ		診療券番号	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	DR確認 済・未	【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 ( . . . ~ . . . )
・分娩手当	通	済・未	【労務不能期間】 ( . . . ~ . . . )
・診断書	通	済・未	告知 済・未 病理結果 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: _____			申込時確認身分証明書
指示期間: / ~ /			<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 診療券 <input type="checkbox"/> その他 [ ]
他利用事業所: 有・無			入院中申込[受取] 入院[病棟 . . . 退院予定 / ]
(有→事業所名: _____)			<input type="checkbox"/> 退院時 <input type="checkbox"/> 退院後初回外来 <input type="checkbox"/> 希望なし
・診断書(院内用紙)	通	済・未	◎提出先 _____
受付日	年 月 日	計	担当者

切り取り線

### 証明書等申込書(控)

受付日	年 月 日	診療券番号	患者氏名	様
《申込書類内訳》				
・入院証明書	通	計	通	金額 円(課税・非課税)
・通院証明書	通	書類を申込みいただきました。		
・傷病手当	通	※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。書類ができ上がり次第、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。		
・分娩手当	通			
・診断書	通	※書類受取りに来院の際は、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。)		
・その他	通			
・料金証明書	通	※受取場所/時間 : 文書・予約窓口/平日9:00~17:00		
・訪問看護指示書 普通/特別	通			
・診断書(院内用紙)	通	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                     藤沢市民病院 医事課                      電話 0466-25-3111                      諸法担当 内線8126                      自賠労災担当 内線8128                 </div>		