

診断書等申し込み書

カルテ番号

申込日 令和 年 月 日

患者氏名		生年月日	T H	S R	年	月	日
住所							
電話番号							
申込者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 (続柄) _____						
診 断 書 ・ 証 明 書	<input type="checkbox"/> 普通診断書			<input type="checkbox"/> 傷病手当診断書			
	<input type="checkbox"/> 障害年金診断書			<input type="checkbox"/> 保険会社用診断書			
	<input type="checkbox"/> 障害年金 (受診状況等証明書)			<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当診断書			
	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳診断書			<input type="checkbox"/> 成年後見制度用診断書			
	<input type="checkbox"/> 自立支援医療診断書			<input type="checkbox"/> 診療情報提供書			
	<input type="checkbox"/> 運転免許用診断書			<input type="checkbox"/> その他 ()			
書類提出期限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (年 月 日まで)						
診断書預かり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
封筒預かり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
備考							

出来上がり連絡	令和 年 月 日 (連絡者)
書類受け取り	令和 年 月 日 (受取者)
書類郵送日	令和 年 月 日 (郵送先)
会計	¥ _____ (<input type="checkbox"/> 切手代 ¥ _____ 含む)
	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 支払い済み <input type="checkbox"/> 福祉へ請求済み <input type="checkbox"/> 預り金より清算済み

受付	(/)	相談室	(/)	会計	(/)
----	-------	-----	-------	----	-------