

# 諸 証 明 申 込 書

申込日	令和 年 月 日	窓口	郵送	受付者
診察券番号	フリガナ		依頼者氏名	
フリガナ	患者氏名		続柄: 本人 家族( ) 第三者( ) ※第三者の方は同意書を提出してください。	
生年月日	大・昭平・令 年 月 日	性別	男 女	依頼者住所 都道府県 市区町村
診療科	科	科		
担当医師	先生	先生		
連絡先		☎ ( ) —		

<input type="checkbox"/> 診断書(本院様式) <input type="checkbox"/> 学校・職場 提出用 休職期間 月 日～ 月 日 復帰・就労可能 月 日から <input type="checkbox"/> 警察提出用(事故日: 月 日) <input type="checkbox"/> その他( ) 備考欄	通	※公費申請・障害者関係の文書は、 原則医師の承諾が必要です。
<input type="checkbox"/> 生命保険 入院・通院・手術(月 日) 証明書 入院期間 年 月 日～ 年 月 日 年 月 日～ 年 月 日 年 月 日～ 年 月 日 年 月 日～ 年 月 日 通院期間 年 月 日～ 年 月 日 保険会社名( )	通	<input type="checkbox"/> 出産(一時金・手当金) 証明書 通 <input type="checkbox"/> 不妊治療助成証明書 □特定 □一般 通 期間 年 月 日～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 障害年金診断書( ) 通 <input type="checkbox"/> 新規 □更新( 月末締切) <input type="checkbox"/> 受診状況等証明書(初診日 年 月 日) 通 <input type="checkbox"/> 特定疾患診断書 □新規 □継続 通 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患診断書 □新規 □継続 通 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(医師の了解を得て下さい) 通 ( ) 障害用 <input type="checkbox"/> 自立支援医療(更生医療) □新規 □継続 通 <input type="checkbox"/> " (育成医療) □新規 □継続 通 <input type="checkbox"/> " (精神通院) □新規 □継続 通 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 □新規 □継続 通 <input type="checkbox"/> 養育医療意見書 通 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当認定診断書(月締切) 通 <input type="checkbox"/> 障害児福祉手当認定診断書(月締切) 通 <input type="checkbox"/> 特別障害者手当認定診断書(月締切) 通 <input type="checkbox"/> 後遺障害診断書(医師の了承を得て下さい) 通 <input type="checkbox"/> 死亡証明書(生命保険提出用) 通 <input type="checkbox"/> 傷病手当金支給申請書 通 期間 年 月 日～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 傷病証明書(ハローワーク提出用) 通 <input type="checkbox"/> 労災休業補償診断書(初回・2回目以降) 通 期間 年 月 日～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> アフターケア実施期間に関する診断書 通

受取方法	<input type="checkbox"/> 郵送 (原則郵送でお願いしております。)	封筒の記入をお願いします。
	<input type="checkbox"/> 窓口受け取り (受取者: 日中(11～15時)に連絡可能な番号: )	
	<input type="checkbox"/> ( 階 A・B・C ) 入院中 書類は、病棟・自宅・その他( )	
	<input type="checkbox"/> 書類は( )へ、料金は( )	

受取処理	受取作業	小児外科確認用紙	渡し済み	料金計算
	<input type="checkbox"/> 郵送 □病棟 <input type="checkbox"/> 窓口 連絡済	<input type="checkbox"/> 文書先、請求書は後日郵送 <input type="checkbox"/> 収納で保管( 月 日来院)	<input type="checkbox"/> 請求書と一緒に郵送 <input type="checkbox"/> その他( )	

キリトリ

証明書(診断書)の申込を受け付けました。 患者IDまたは氏名 様  
 令和 年 月 日  
 問い合わせ先 島根大学医学部附属病院 地域医療連携センター  
 出来上がりまでには3週間～4週間程度の時間を頂いております。 TEL 0853-20-2061  
 医師の都合により遅れる場合がありますので、ご了承下さい。 FAX 0853-20-2063