諸　証　明　申　込　書

申込日	R　　年　　月　　日		窓口	⑧窓	受付者	

診察券番号		フリガナ	
フリガナ		依頼者氏名	
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
診療科	科	科	
担当医師	先生	先生	
依頼者住所	都道府県　　市区郡　　町村		
連絡先	☎（　　）　　—		

☐ 診断書（本院様式）	
☐ 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	
☐ 警察提出用（事故日：　　月　　日）	
☐ その他（　　）	通
備考欄	
☐ 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	通
年　月　日～　年　月　日	
通院期間　　年　月　日～　年　月　日	
保険会社名（　　）	
※科が複数の場合は科ごとの証明になります。	
☐ 後遺障害診断書（医師の了承を得て下さい）	通
☐ 死亡証明書（生命保険提出用）	通
☐ 傷病手当金支給申請書	通
期間　　年　月　日～　年　月　日	
☐ 傷病証明書（ハローワーク提出用）	通
☐ 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	
☐ アフターケア実施期間に関する診断書	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。

☐ 出産（一時金・手当金）証明書	通
☐ 不妊治療助成証明書	通
期間　　年　月　日～　年　月　日	
☐ 障害年金診断書（　　）	通
☐新規　☐更新（　　月末締切）	
☐ 受診状況等証明書（初診日　年　月　日）	通
☐ 特定疾患診断書　☐新規 ☐継続	通
☐ 小児慢性特定疾患診断書　☐新規 ☐継続	通
☐ 身体障害者手帳（**医師の了解を得て下さい**）	通
（　　）障害用	
☐ 自立支援医療（更生医療）　☐新規 ☐継続	通
☐　〃　（育成医療）　☐新規 ☐継続	通
☐　〃　（精神通院）　☐新規 ☐継続	通
☐ 精神保健福祉手帳　☐新規 ☐継続	通
☐ 養育医療意見書	通
☐ 特別児童扶養手当認定診断書（　月締切）	通
☐ 障害児福祉手当認定診断書（　月締切）	通
☐ 特別障害者手当認定診断書（　月締切）	通
☐ 紹介状（主治医にお話されてますか？）	通
（　　）あて	
☐ 肝炎治療受給者証（　　）	通
☐ 保育所入所用診断書（　月　日締切）	通
☐ 免許更新用診断書（　月　日締切）	通
☐ その他（　　）	通

受取方法	☐**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。** ☐窓口受け取り　（受取者：　　日中(11～15時)に連絡可能な番号：　　） ☐（　　階　A・B・C　）入院中　書類は、病棟・自宅・その他（　　） ☐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
	☐郵送　☐病棟 ☐窓口　連絡済	☐ 文書先、請求書は後日郵送 ☐ 収納で保管（　月　日来院）	☐請求書と一緒に郵送 ☐その他（　　）	

キリトリ

証明書（診断書）の申込を受け付けました。

令和　　年　　月　　日

患者IDまたは氏名

様

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。
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。

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
TEL　0853-20-2061
FAX　0853-20-2063