

診断書・証明書等申込書（郵送申請用）

申込日： 年 月 日

患者番号（診療券番号）	1 0 -	診療科名	
氏 名			
生年月日			
住 所			
電話番号			
診断書の作成可否の確認	事前に診断書の作成可否を受診診療科へ確認してください。作成「不可」の場合、申込みはできません。 なお、指定難病（特定疾患）の臨床調査個人票については、3ヶ月以内に当該疾病に係る受診がある場合に限り、受診診療科への確認は不要です。 「作成可」の旨確認が取れた場合は、以下をご記入ください。 確 認 年 月 日： 年 月 日 診療科担当者職名： ☐ 医師 ☐ 看護師 ☐ 事務 ☐ ソーシャルワーカー ☐ その他（ ） 診療科担当者氏名：		

証明を必要とする診断書等の口欄にチェックを入れ、必要事項を記入してください。

☐ 普通診断書（病院書式・簡単なもの） ☐ 特殊診断書（病院書式・詳細なもの）

証明期間：	年 月 日 から 年 月 日
証明内容：	
使用目的：	
提 出 先：	

☐ 生命保険（証明期間のカッコ内に入院又は通院の別を記入してください。）

証明期間（ ）：	年 月 日 から 年 月 日
証明期間（ ）：	年 月 日 から 年 月 日
証明期間（ ）：	年 月 日 から 年 月 日
証明期間（ ）：	年 月 日 から 年 月 日
証明期間（ ）：	年 月 日 から 年 月 日

（次頁に続く）

☐ 傷病手当金

労務不能期間：	年	月	日	から	年	月	日
---------	---	---	---	----	---	---	---

☐ 指定難病（特定疾患）の臨床調査個人票

本院受診歴	:	3ヶ月以内に当該疾病に係る受診	
		☐ 有り	
		☐ 無し（診療科に臨床調査個人票の作成可否の確認を行い、作成可の旨確認が取れた場合は、1ページにある「診断書の作成可否の確認」欄をご記入ください。）	
自治体の提出期限：	年	月	日

☐ 障害年金

現症（いつの症状か）：	年	月	日	から	年	月	日
（年金事務所より指定された期間）							

☐ 労災保険（様式8号、様式16の6号）

証明期間：	年	月	日	から	年	月	日
還付目的：							
（様式7号及び様式16の5号を申込む場合のみ記入）							

☐ 特定不妊治療費助成事業受診等証明書

証明期間	年	月	日	から	年	月	日
※ 証明期間及び同期間内の支払済み治療費について、必ず婦人科にご確認の上、お申込みください。							
※ 証明用紙は、お住まいの自治体でご確認ください。							

☐ その他

診断書等名：								
証明期間	:	年	月	日	から	年	月	日
証明内容	:							