診断書・証明書等申込書

下記の太枠に必要事項をご記入いただき、各科外来窓口へご提出ください。

なお、お申込・お渡しの際には、必ず身分を証明するマイナンバーカードなどが必要となります。

診察券番号	

患者情報	（ふりがな） 患者氏名		生年月日	年　月　日（　歳）
	住所	〒　－		男 ・ 女
	電話番号	自宅 携帯	担当医師	
受取方法	本人 ・ 代理人	□ 窓口受取 □ 郵送受取	※郵送希望の方は、診断書料金の前払い及び、レターパックプラス（郵送料600円）が必要となります。	
代理人情報	（ふりがな） 代理人名		続柄	
	住所	〒　－		男 ・ 女
	電話番号	自宅 携帯		

＊代理人による「お申込・お渡し」の際は代理人情報にご記入ください。

※書類担当記載欄

	書類種別	依頼枚数	受診科	
□	普通診断書（本院所定様式）	枚	使用目的等記載欄	使用目的
□	生命保険等診断書	枚		
□	傷病手当金申請書	枚		
□	身体障害者診断書・意見書	枚		
□	特定疾患診断書	枚		
□	障害年金診断書	枚		
□	後遺症診断書	枚		
□	診療情報提供書	枚		
□	その他（　　）	枚		

証明期間	外来	H・R	年	月	日	～	H・R	年	月	日
	入院	H・R	年	月	日	～	H・R	年	月	日
		H・R	年	月	日	～	H・R	年	月	日
		H・R	年	月	日	～	H・R	年	月	日

受取年月日	令和　年　月　日（　）	受付科　　科	受付担当

診断書発行日	令和　年　月　日（　）	受付科　　科	受付担当

診断書・証明書等預り証

○作成につきましては日数が約２週間程度かかりますのでご了承願います。

○平日15時から17時の間に担当窓口へ問合せのうえご来院ください。

診察券番号	
患者氏名	
受付年月日	**令和　年　月　日（　）**
書類代金	**円**

お問合せ先

平塚共済病院　　外来

電話：0463-32-1950（代表）

（内線　　番）