記載例：傷病手当金申請書

新潟市民病院　診断書・証明書等申込書

※太枠の中をご記入ください　　申込日　令和○年　○月　○日

診療券番号	○○○ － ○○○○ － ○	○○ 科	担当医 ○○ 医師
フリガナ	ニイガタ　タロウ	生年月日	大・昭 平・令 ○年 ○月 ○日
患者氏名	新潟　太朗		
患者住所	〒○○○ - ○○○○ ○○ 都道府県 ○○ 市 ○○ 区 ○○町○丁目○番○号 電話番号：自宅 XXX-XXX-XXXX 携帯 XXX-XXXX-XXXX		いずれかへ丸付け
フリガナ	リュウト　イチロウ		患者さんとの関係
申込者氏名（患者本人以外）	柳都　一郎 電話番号：自宅 XXX-XXX-XXXX 携帯 XXX-XXXX-XXXX	本人以外申込の場合のみ	配偶者・親・子 その他（　　）
受取方法	□ 来院受取 ： 電話連絡先 □ 患者宅 □ 申込者宅 家族への伝言 □ 可 □ 不可 □ 患者携帯 □ 申込者携帯 □ その他（　　） 留守電 □ 可 □ 不可 □ 郵送受取 ： 宛先 □ 患者住所 □ その他（　　） ※郵送用の封筒、切手をご用意ください（通常110円、A4用紙10枚以上の場合は180円）。	いずれかへ☑	

【証明期間】

入院 ・ 外来	①	年	月	日 ～	年	月	日
入院 ・ 外来	②	年	月	日 ～	年	月	日
入院 ・ 外来	③				年	月	日

記載不要

病院様式の診断書・証明書をご希望の方

記載が必要な項目と提出先
□ 診断名 □ 手術名 □ 入院期間 □ 自宅療養期間 □ その他（　　）
提出先
□ 勤務先 □ 警察 □ その他（　　）

申込文書名	料金	部数	申込文書名	料金	部数
公安提出用診断書	￥4,400 ×		年　月　日～　年　月　日	×	
出産手当金申請書・[illegible]金申請書	￥2,200 ×		その他		
傷病手当金申請書	×	1	労務不能期間（申請期間） 年　月　日 ～　年　月　日	×	
介護保険主治医意見書(新規・更新)	×				
死亡診断書 保険会社提出					
死亡診断書 原本証明					
金額証明書	￥1,100 ×				

【必要なもの、確認事項】
（申込前）患者さんの勤務先へ労務不能期間の確認をお願いします。
期間をその他へ記載してください。
（申込時）ホームページ「お申込み」に記載のとおりです。

部数を記入

※上記書類を受領しました。
令和　年　月　日
受領者署名

【病院使用欄】

受付者	依頼者	確認者	完成日	電話連絡	郵送日	郵送者

依頼日
令和　年　月　日　　月　日までに記載をお願いします。

※前回分は、　．　／　に（スキャン・院内文作成）済みです。

新潟市民病院　医事課文書担当　代表 025-281-5151（内線1057）