診 断 書 等 申 込 書

受付日　　年　　月　　日

＊太枠内にご記入下さい　　ID番号

患者氏名	(カナ)	生年月日	大 昭 平 令　　年　　月　　日
依頼者氏名 (本人記入不要)	(カナ)	続柄	

診断書等申込みに関する連絡先電話番号 日中に連絡がつく電話番号をお願いいたします。	―　　―	続柄	
依頼科 ・ 依頼医師	科　　医師		

診断書等の種類と必要な証明期間、枚数【必要な文書に「レ」、期間・枚数等を適宜記入お願いします】

☐ 生命保険等診断書(保険会社名記入)　枚 (　　)(　　) (　　)(　　) 外来手術日の証明は必要ですか？　年　月　日	(入院・通院)　年　月　日～　年　月　日 (入院・通院)　年　月　日～　年　月　日 (入院・通院)　年　月　日～　年　月　日 (入院・通院)　年　月　日～　年　月　日	
☐ 自賠責診断書・明細書　枚	(入院・通院)　年　月　日～　年　月　日	
☐ 傷病手当金請求用証明書　枚	年　月　日～　年　月　日	
☐ 労災関連診断書(様式　　)　枚	年　月　日～　年　月　日	
☐ 特定疾患申請 (新規・更新)　枚 (疾病番号　　)	☐ 年金診断書(　　)　枚 年　月頃から3ヶ月以内の現症／　月の現症	
☐ 精神通院医療診断書　枚	☐ 受診状況等証明書　枚	
☐ 更生医療意見書　枚	病名(　　)	
☐ 身体障害者診断書(　　)　枚	☐ 一般診断書　枚	
☐ その他　枚 (　　)	提出先(勤務先・保険会社・市役所・その他(　　))	

診断書等の受け取り方法【いずれかに「レ」お願いします】

☐ 郵送受け取り(320円) ☐速達郵便(620円)

☐ 窓口受け取り(受け取り予定の方に○　本人 ・ 依頼者 ・ 家族 ・ その他(氏名:　　))

注意事項【確認して全て「レ」お願いします】

☐ 2週間から3週間程度の日数をいただいております。
なお、内容によりそれ以上かかる場合がありますのでご了承ください。

☐ 窓口受け取りを希望された場合、出来上がり次第ハガキで連絡いたします。
問い合わせについて極力お控えいただくようご協力お願いします。

☐ 窓口での受け取りの際は申込書控え・写し、ハガキ、患者診察券、受け取り者の本人確認書類のいずれかをお持ちください。

滋賀県立総合病院　文書担当　077-582-5031(代)平日9:00～16:30　※土日祝及び年末年始除く

窓口で受け取られた方の氏名(続柄)

(　　)

職員記入欄

受付(担当:　　)

会計(　☐済　☐未　)

注意事項説明(　☐済　☐未　)

交付日:　　月　　日(担当:　　)