

診断書・証明書等作成申込書（郵送用）

※太枠内は必ず記載ください。

申込日 年 月 日

診察券番号		連絡先電話番号 平日8:15~17:00	□自宅 □携帯 □勤務先等（ ）	
ふりがな		生年月日	大正 昭和 平成 令和	男
患者氏名			年 月 日	女
※患者ご本人が申込の場合は以下記入不要				
ふりがな		患者とのご関係	家族（ ）	
申込者氏名			第三者（ ）	

- ※添付書類 【患者本人、患者以外共通】
この申込書と一緒に □写真付き身分証明書（運転免許証、マイナンバーカード等）の写し
同封願います。 【患者以外】
□患者の同意書（委任状）原本
お亡くなりの方は患者との関係性が分かる公的文書（除籍謄本等）の写し

□依頼する文書について ※診療科名、医師名等が不明の場合は記載不要 後日確認させていただきます。

診療科名		依頼医師名等	
書類種別・枚数	※別紙 その他の診療箋 に依頼する文書の枚数を記載してください。		
連絡記載欄	* 病院様式診断書 → 「病院書式による診断書記載内容確認書」を記載ください。 * 傷病手当金申請書・労災休業補償 → 下記証明希望期間を記載ください。 (年 月 日 ~ 年 月 日) * 保険会社様式 → 証明必要事項 ※複数期間指定可 (入院期間等： 年 月 日 ~ 年 月 日) (入院期間等： 年 月 日 ~ 年 月 日) (その他記載必要事項等) * 身体障害者意見書 → (新規申請 ・ 等級の見直し希望 又は 更新) * 障害年金診断書 → 記載必要現症日 (年 月 日) * 指定難病臨床調査個人票 (新規・更新) (告示番号： ・ 病名)		

□受取方法 ご希望に○を記載ください。

<input type="checkbox"/>	窓口にて受取を希望します。
<input type="checkbox"/>	郵送を希望します。

郵送にはレターパック、レターパックライト代が必要になります。

□注意事項

- * 作成後のキャンセル・追記・訂正は出来ません。
- * 申込から受取まで通常3週間程度かかります。証明内容によってはそれ以上の時間を要する場合があります。また受診が必要となる場合もありますのでご了承ください。
- * 書類出来上がりの連絡はしていませんので、電話にてご確認願います。

関西労災病院 医事課文書係 06-6416-1221（代表） 平日8:15~17:00