

診断書等作成申込書

申込日(西暦)	年 月 日		〈お受取り方法〉 ☐ 窓口で受取り希望 → ☐ 要連絡 ☐ 連絡不要 ☐ レターパックライトで郵送希望	
診察券番号				
フリガナ				
患者氏名				
患者住所	〒			
患者連絡先	携帯番号： ()		電話番号： ()	
申込者 患者本人の場合 本人に因してください(記載不要)本人以外の場合は委任状が必要です(※)	氏 名	☐ 本人 ☐ その他：氏名 続柄 ()		
	住 所	〒		
		注：未納時の請求先となります(申込者が患者本人の場合は患者住所にご請求いたします)		
	連絡先	携帯番号： ()	電話番号： ()	
診療科・担当医	① 科 先生	② 科 先生		
備考(ご要望等)	※受取日に関してご要望がある場合は、希望日とその理由を必ずご記入ください。			
書類種別	数量	詳細		
1.生命保険診断書	通	入	年 月 日～ 年 月 日	
		院	年 月 日～ 年 月 日	
		通	通院の証明は必要ですか？⇒ 必要(下記に証明期間記入)・不要	
		院	証明期間： 年 月 日～ 年 月 日	
2.病院書式診断書	通	記載内容：		
3.傷病手当金意見書	通	期間： 年 月 日～ 年 月 日		
4.労災 号[療養・移送・装具・その他]	通	期間： 年 月 日～ 年 月 日		
5.身体障害者診断書・意見書	通	☐ 肢体不自由用 ☐ 聴覚・平衡機能、音声・言語又はそしゃく機能障害用		
6.臨床調査個人票	通	☐ 新規 ※基本情報・生活状況を提出用紙にご記入ください。 ☐ 更新 病名：		
7.医療等の状況	通	対象月：1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12		
8.年金診断書	通	年 月頃から3ヵ月以内の現症 / ()月の現症 ※提出先に現症月を確認してからお申し込みください。		
9.車椅子、補装具交付・修理処方意見書	通			
10.自賠責診断書/自賠責明細書	通			
11.訪問看護指示書	通	期間： 年 月 日～ 年 月 日		
12.その他	通			

お受取の際は、こちらの申込書をお持ちください。

診断書等の作成については2～3週間程お時間を頂いております。

※ご本人以外の家族や第三者(保険会社等)が診断書の作成申込み、および受領する際は、委任状の提出が必要です。

委任状について形式は問いません。必要な方は1階総合受付までお問い合わせください。

委任状を用いて手続きをされる場合、実際に手続きされる方の身分証明書(運転免許証、パスポート、健康保険証等)のコピーを取らせていただきます。

<書類に関してのお問い合わせ>

新潟リハビリテーション病院:025-388-2111(代)

対応時間：平日 8:45～17:30

窓 口 使 用 欄		代金	受付担当
☐ 保険証	☐ マイナンバーカード	済・未・無料	
☐ 運転免許証	☐ パスポート		
☐ 委任状	☐ 成年後見人登録証明書		