

太枠内を記載してください

病院控

書類申込書

受付者： _____

※下記太枠の中をご記入ください。

申込日 年 月 日

フリガナ		診察券番号	
患者氏名		依頼科	
生年月日	和暦 S・H・R ・ 西暦 年 月 日	主治医	医師
申込者氏名	※申込者が本人の場合は記入不要です。 氏名 続柄 ()		
電話番号	※日中連絡の取れる番号をご記入ください。 — — (患者本人 ・ 申請者)		
Web 確認の 同意	病院 HP で出来上がりが確認できることに【 同意します ・ 同意しません 】 ※申込者に限らず、診察券番号と生年月日で確認できます。 同意者氏名 _____		

書類の種類及び数量	保険会社関連診断書 (072069)	通	病院様式診断書 (072054)	通
	後遺障害診断書 (072060)	通	労災書類 (様式第 号) *	通
	通院証明書 (072081)	通	特定疾患償還証明書 (072086)	通
	医療補助金申請書 (072087)	通	障害者手帳交付診断書(新規・継続) (072059) 通 ※自立支援(精神)と同時申請 <input type="checkbox"/>	
	安全会 () 月分	通		
	出産手当金申請書 (072084)	通	自立支援医療用診断書(新規・継続) (072085)	通
	年金診断書(新規・継続) (072058)	通	特定疾患受給用診断書(新規・継続) (072066)	通
	B型・C型肝炎受給用診断書(新規・継続) (072066)	通	手術・放射線照射診療報酬点数確認書 (072088)	通
	自賠責診断書・明細書 (072075・072076)	通	公安委員会提出診断書 (072054)	通
	小児慢性医療意見書(新規) (072067)	通	傷病手当金交付申請書 (000173*)	通
	小児慢性医療意見書(更新) (072068)	通	マッサージ・はり等療養同意書 (008317*)	通
	その他：		(円)	通

証明 期間	① 年 月 日 ~ 年 月 日
	② 年 月 日 ~ 年 月 日

備考	傷病名・治療内容・加療期間・その他
----	-------------------

書類受取サイン	和暦 年 月 日
	氏名 続柄 ()

〒498-8502 愛知県弥富市前ヶ須町南本田 396
愛知県厚生農業協同組合連合会 海南病院

<問合せ先> 文書受付 4 窓口 TEL : 0567-65-2511 対応時間 : 平日 8 : 30 ~ 16 : 30