

大阪市立総合医療センター診断書・証明書等申込用紙

No. _____

診察券番号		申込日	令和 年 月 日
フリガナ		性別	男 ・ 女
患者氏名		生年 月 日	明治・大正・昭和・平成・令和 ・
住所	〒 _____		
電話番号	① _____	② _____	
診療科	科	主治医	医師 (医師了承済 <input type="checkbox"/>)
証明すべき期間	入院 (. .) から (. .) まで		
	通院 (. .) から (. .) まで		
	傷病手当金 (. .) から (. .) まで		
	労災 (. .) から (. .) まで		
証明すべき期間 (医師への伝達事項)			

受取方法 <input checked="" type="checkbox"/> してください ※ご希望の方法を	<input type="checkbox"/> 郵送受取 ※郵送受取の場合、出来次第速やかに郵送します。		
	<input type="checkbox"/> 普通郵便 (郵送手数料 100 円)		<input type="checkbox"/> 簡易書留 (郵送手数料 400 円)
	郵送先 <input type="checkbox"/> 患者本人住所 <input type="checkbox"/> 代理人住所 (裏面ご記入ください)		
	<input type="checkbox"/> 窓口受取 ※窓口受取の場合、お申し込みから 3 週間以降に来院してください。完成の連絡はしておりませんのでご了承ください。		
受取人 <input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 代理人 (裏面ご記入ください)			

※ご本人以外の方が申し込まれる場合は、**裏面**の代理人記載欄内を記入のうえ裏面の**委任状** (患者さんが未成年の場合の親権者は不要) と代理人の方の**身分証明書**を提出してください。

事務連絡欄：

受付日時	受付部署	受付者名	診断書担当	医師回付	完成	連絡	郵送・交付

代理人記載欄

代理人氏名		患者さんから みた関係	
住所	〒 ー		
電話番号	①	②	

委任状

私は、上記の者を代理人と定め、診断書・証明書等の申込及び受領に関する一切の権限を委任します。

令和 年 月 日

委任者（患者）氏名 _____ 印

※必ず患者さんご本人が署名・捺印してください。

受領証

私は、診断書・証明書等を受領しました。

令和 年 月 日

受領者氏名 _____

以下、病院使用欄

10,000 円	2,000 円 (90047)	その他
産科医療保障制度診断書 (保障認定請求用 (90051)) <input type="checkbox"/> 通	院内様式診断書 (一般・死亡) (90062) <input type="checkbox"/> 通 分娩又は出産育児手当にかかる証明書 (90063) <input type="checkbox"/> 通 職業安定所提出用診断書 (90064) <input type="checkbox"/> 通 保育所・学校関係書類 (90065) <input type="checkbox"/> 通	労災 (保険分) 障害 (補償) 給付請求書 10 号 (90016) <input type="checkbox"/> 通 障害の状態 (90017) <input type="checkbox"/> 通 休業 (補償) 給付請求書 8 号 (90014) <input type="checkbox"/> 通 労災 (自費分) 障害 (補償) 給付請求書 10 号 (90026) <input type="checkbox"/> 通 障害の状態 (90017) <input type="checkbox"/> 通 休業 (補償) 給付請求書 8 号 (90025) <input type="checkbox"/> 通 療養費用取扱 7 号 (90027)
5,000 円 (90045)	1,500 円 (90048)	精神障害者保健福祉手帳交付申請用診断書 (90007) <input type="checkbox"/> 通 自立支援医療 (精神通院医療) 診断書 (90006) <input type="checkbox"/> 通
生命保険診断書 (90052) <input type="checkbox"/> 通 年金診断書 (90053) <input type="checkbox"/> 通 外国語診断書・証明書 (90054) <input type="checkbox"/> 通 自賠責用診断書 (90031) <input type="checkbox"/> 通 自賠責用後遺症診断書 (90030) <input type="checkbox"/> 通 産科医療保障制度診断書 (補償分割金請求書) (90055) <input type="checkbox"/> 通	臨床調査個人票 (90066) <input type="checkbox"/> 通	公害 <input type="checkbox"/> 通 小児慢性特定疾病医療意見書 <input type="checkbox"/> 通
3,000 円 (90046)	1,000 円 (90049)	無料 <input type="checkbox"/> 通
勤務先指定様式診断書 (90056) <input type="checkbox"/> 通 受診状況等証明書 (90057) <input type="checkbox"/> 通 特別児童扶養手当認定用診断書 (90058) <input type="checkbox"/> 通 特別障害者手当認定用診断書 (90059) <input type="checkbox"/> 通 障害児福祉手当認定用診断書 (90060) <input type="checkbox"/> 通 身体障害者診断書 (90061) <input type="checkbox"/> 通 自賠責料金証明書 (90032) <input type="checkbox"/> 通	領収証明書 (90067) <input type="checkbox"/> 通 通院証明書 (90068) <input type="checkbox"/> 通 入退院証明書 (90069) <input type="checkbox"/> 通 自賠責料金証明書 (90070) <input type="checkbox"/> 通	郵送手数料 普通郵便 100 円 (94124) <input type="checkbox"/> 通 簡易書留 400 円 (94125) <input type="checkbox"/> 通
	保 険	
	傷病手当金 (880060) <input type="checkbox"/> 通 診療情報提供書 身体障害者診断書/依頼書有り (90012) <input type="checkbox"/> 通 訪問看護指示書 (15009) <input type="checkbox"/> 通	