診断書・証明書等申込書

下記の太枠に必要事項をご記入いただき、１階医事課「４番窓口」へご提出ください。
なお、お申込・お渡しの際には、必ず身分を証明するもの(マイナ保険証(健康保険証)・運転免許証など)が必要となります。

ご本人確認欄	(ふりがな) 患者氏名		生年月日	大 昭 平 令	年　月　日（　歳）	
	住　所	〒　－				男・女
	電話番号	自　宅　（　）　－ 携　帯				
ご依頼内容	受診科 (証明科)	科	主治医	医師	確認書類	マイナ保険証・健康保険証 運転免許証・ その他（　）
	診断書・ 証明書等	入院証明期間	年　月　日 ～		年　月　日	
		通院証明期間	年　月　日 ～		年　月　日	
	傷病手当申請書	労務不能期間	年　月　日 ～		年　月　日	

＊代理人による「お申込･お渡し」の際は、下記の委任欄にご記入ください。
但し、患者さんが未成年による保護者手続きの場合は、委任欄の記載は不要です。

委任欄	(ふりがな) 委任者氏名		患者さんとの関係	□夫　□妻　□親　□子　□兄弟・姉妹 □その他（　）
	連 絡 先	自　宅　（　）　－ 携　帯		委任状 あり ・ なし

＊原則、郵送のみの受付となりますが再診等で来院の予定がある患者さんには窓口受取も行っております。

受取方法	郵送受取(自宅等)　**※料金前払い**			
	レターパックプラス (対面でお届け) 料金：600円	レターパックライト (郵便受けに投函) 料金：430円	簡易書留 (対面でお届け) 料金：460円	窓口受取 (来　院)

発送先	上記に 同　じ	別　の 送付先	〒　－

＊診断書等記載にあたりまして、連絡事項・確認事項などございましたら、ご記入お願いいたします。

連 絡 欄	

医事課員記載欄

患者No：　－　－

受取年月日	年　月　日（　）	受取方法	4番窓口 ・ 夜間受付	受取枚数	（　）枚	受付担当	

診断書渡し日	年　月　日（　）	受付担当		渡し枚数	（　）枚

医師事務員記載欄

引継日	年　月　日（　）	患者連絡日	年　月　日（　）
受取希望日	年　月　日（　）		

／ ｵｰﾀﾞ 処理 実施	生命保険等診断書　7,700円（　）通 各種障害者用診断書等　7,700円（　）通 傷病手当金意見書　100点（　）通 他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　）通

国家公務員共済組合連合会
新小倉病院
KKR-Shinkokura Hospital
〒803-8505　北九州市小倉北区金田１丁目３番１号
電話：093-571-1031（代）　FAX：093-591-0553

2024. 10