

証明書等発行申込書（別紙）

【保険会社（入院・通院）証明用】

申請日：西暦 年 月 日

診察券番号： 氏名：

受診診療科： 担当医名：

※複数の診療科を受診の方は、証明を依頼する診療科ごとに1枚ずつ用紙をご記入ください。

◇ この申込に対する受け取りは、[郵送(返信用封筒提出) ・ 窓口受け取り]を希望します。

◆ 証明書の発行について ○にてご回答ください。

証明書発行の申込みについて	今回が初めて ・ 以前にも発行を受けた
「以前にも発行を受けた」方への質問	前回の続き ・ 前回と重複する証明を含む

※「前回の続き」と回答いただいた場合、以前に証明した期間を除いた証明を致します。

◆ 証明書への記載について、必要・不要（無）を ○にてご回答ください。

入院や通院に関する証明	必要 ・ 不要
「がん」の証明 ※ 病理検査結果が出ている方のみ	必要 ・ 不要

◆ 入院や通院に関する証明が必要な方は、引き続き、以下にご回答ください。

1) 入院に関する証明	必要 ・ 不要（無）
1-1) 入院期間	必要 ・ 不要（無）
証明を必要とする期間	(入院 回分の証明を希望します) 期間① 年 月～ 年 月 (全期間・一部のみ) 担当医師名 () 期間② 年 月～ 年 月 (全期間・一部のみ) 担当医師名 () ※ 期間追加や一部記載の指示は、用紙裏に記してください。
1-2) 入院中の手術	必要 (手術日： 年 月) ・ 不要

※ 裏面へお進みください。

2) 通院に関する証明	必要 ・ 不要（無）
2-1) 通院期間	必要 ・ 不要（無）
証明を必要とする期間	期間① 年 月～ 年 月（全期間・一部のみ） 担当医師名（ ） 期間② 年 月～ 年 月（全期間・一部のみ） 担当医師名（ ） ※ 期間追加や一部記載の指示は、用紙裏に記してください。
2-2) 外来手術	必要（手術日： 年 月）・ 不要（無）

3) 化学療法（抗がん剤治療）に関する証明	必要（期間： 年 月～ 月）・ 不要（無）
4) ホルモン剤治療に関する証明	必要（期間： 年 月～ 月）・ 不要（無）
5) 放射線治療に関する証明	必要（期間： 年 月～ 月）・ 不要（無）

上記の治療期間中に、 治験は含まれていますか？	はい（期間： 年 月～ 月）・ いいえ
----------------------------	---------------------

7) 先進医療に関する証明	必要（期間： 年 月～ 月）・ 不要（無）
---------------	-----------------------

8) 労務不能期間 ※所得保障保険用	必要 ・ 不要
--------------------	---------

- ◆ 証明書に記載する内容に関するリクエスト、これまでの回答欄に書ききれなかった事項について、以下に詳しくご記載ください。

【証明書発行について】

こちらの申込書（別紙）に記載いただいた内容をもとに、保険会社用の診断書を作成致します。
 患者様の申請に基づき、保険会社の指定する事項に対して、当院の診療記録を基に記載を行います。
 申請内容に不明な点が生じた場合は、担当者より、お電話にて照会をお願いすることがございます。