

新潟県立リウマチセンター
文書申込書・預かり証

申込日： 年 月 日

※ 太枠内を記入してください。

診察券番号	— —	担当医	医師
フリガナ		生年月日	
氏名	男・女	大・昭・平・令	年 月 日
住所	TEL — —		
申込者氏名 (本人以外)		患者本人 との続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()
連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 (申込者・家族) TEL — — <input type="checkbox"/> その他 (携帯・勤務先・) ※ 日中ご連絡が取れる電話番号をご記入ください。		
受取方法	<input type="checkbox"/> 出来上りの電話連絡後來院 <input type="checkbox"/> 郵送希望 (入金確認後の発送となります。) ※ 封筒に返送先を記載し、所定料金の切手をお貼りください。 <input type="checkbox"/> 次回予約日受取希望 (月 日) ※ 当日の交付をお約束するものではありません。		
依頼文書名		通数	証明期間
診断書・証明書 (病院規定) 提出先 <input type="checkbox"/> 会社・雇用主 <input type="checkbox"/> その他 () 目的 <input type="checkbox"/> 休職 <input type="checkbox"/> 復職 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> その他 () 記載事項 <input type="checkbox"/> 傷病名 <input type="checkbox"/> 手術名 <input type="checkbox"/> 入院期間 <input type="checkbox"/> 治療見込期間 <input type="checkbox"/> 休業期間 <input type="checkbox"/> 就労見込 <input type="checkbox"/> 就労制限 <input type="checkbox"/> その他 () ()			年 月 日 ~ 年 月 日
診断書 (保険会社用)			年 月 日 ~ 年 月 日
診断書 (特定疾患・難病法用)			年 月 日 ~ 年 月 日
診断書 (身体障害用) ※要診察			年 月 日 ~ 年 月 日
診断書 (国民・福祉年金用) ※要診察			年 月 日 ~ 年 月 日
傷病手当金医師意見書			年 月 日 ~ 年 月 日
傷病手当金医師意見書			年 月 日 ~ 年 月 日
文書料金	通	円	

[リウマチセンター処理欄]

受付	月 日	<input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 診断書・証明書様式 (通)	
		<input type="checkbox"/> 返送用封筒 (切手 円分受領) <input type="checkbox"/> 委任状	
本人 確認	患者さん (本人・本人以外の申込時)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	受任者 (本人以外の申込時)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	
連絡	① 月 日 時 分 <input type="checkbox"/> 完了 <input type="checkbox"/> 不在着信 <input type="checkbox"/> 不通	② 月 日 時 分 <input type="checkbox"/> 完了 <input type="checkbox"/> 不在着信 <input type="checkbox"/> 不通	