

患者コード \_\_\_\_\_  
お名前 \_\_\_\_\_ さん  
電話番号 \_\_\_\_\_

令和    年    月    日

## 書類申込書

担当者 \_\_\_\_\_

1. 書類は現時点で記載してよろしいでしょうか。【 はい ・ いいえ 】  
※「いいえ」の場合は、記載できる時点で書類をご持参ください。
2. 書類の種類をお選びください。
  - ☐ 保険会社診断書・証明書 5,500円（自費・税込）
  - ☐ 当院書式の診断書 3,300円（自費・税込）
  - ☐ 後遺症診断書 11,000円（自費・税込）
  - ☐ 傷病手当金申請書 保険点数100点  
（3割負担300円・2割負担200円・1割負担100円）
  - ☐ 労災保険【様式： \_\_\_\_\_】 ※料金がかかる場合がございます。
  - ☐ その他 【書類名 \_\_\_\_\_】 ※書式により料金が異なります。
3. 書類に記載する療養機関をご記入ください。  
※初診日より過去の日付や、明日以降の日付は記載不可
  - ☐ 初診日～【令和    年    月    日まで】
  - ☐ 【令和    年    月    日】～【令和    年    月    日】まで
4. 書類に記載する休職期間（療養のため、労働できなかった期間）を記入してください。  
※初診日より過去の日付や、明日以降の日付は記載不可
  - ☐ なし
  - ☐ 初診日～【令和    年    月    日】まで
  - ☐ 【令和    年    月    日】～【令和    年    月    日】まで
5. 書類に記載する傷病名または傷病部位をご記入ください。  
【 \_\_\_\_\_ 】

