

記入例

左記事項をご精読、
ご承諾の上、
お申し込みください。

診断書・証明書申込用紙

- 仕上がりは申込日より通常3~4週間程の時間を頂いております。
※日付指定可能日はお預かり後7日目(休診日を除く)以降となります。
- ※通常作成日より早くお受け取り希望の方は、事務手数料として別途3,500円頂戴します。
- 申込後の証明内容の変更、追記はできませんので予めご了承ください。
- お受け取りの際は申込用紙と引き替えになりますのでご持参ください。
- お受け取りのみで来院される場合は、お電話で確認の上ご来院をお願いします。
- 診断書等は医師の判断で作成しておりますので、ご希望に添えない場合がございます。
- 当院にて原紙のオンライン印刷やコピーは行いません。必要な書類はご自身でご用意ください。

●上記を承諾された方は太枠内をご記入してお申し込みください。

診察券番号			
氏名		生年月日	年 月 日
申込日	年 月 日	ご指定の受取方法をご指定ください。	
受取方法	<input checked="" type="checkbox"/> 窓口受取 <input type="checkbox"/> 郵送受取 (レターパック代430円)		
お急ぎ(日付指定あり)	<input type="checkbox"/>	月 日	受取希望 (手数料3,500円について了承しました)

お急ぎの方は、こちらチェックを入れてください。
尚、別途費用が発生致しますので予めご理解ください。

●診断書・証明書の種類を選択しご記入ください。

診断書等の種類	料金 (1通につき)	必要通数	詳細 (当院の治療に限る)																							
①生命保険診断書	8,800円	通	<table border="1"><tr><td rowspan="2">入院</td><td>年 月 日</td><td>~</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>年 月 日</td><td>~</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>通院</td><td>年 月 日</td><td>~</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>日帰り手術</td><td>年 月 日</td><td>~</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>その他</td><td colspan="3"><input type="checkbox"/>放射線療法 <input type="checkbox"/>ホルモン療法 <input type="checkbox"/>化学療法 <input type="checkbox"/>脱毛 (年 月 日頃~)</td></tr><tr><td>就業に関して</td><td colspan="3"><input type="checkbox"/>労務不能・療養期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/>復職時期 (年 月 日)</td></tr></table>	入院	年 月 日	~	年 月 日	年 月 日	~	年 月 日	通院	年 月 日	~	年 月 日	日帰り手術	年 月 日	~	年 月 日	その他	<input type="checkbox"/> 放射線療法 <input type="checkbox"/> ホルモン療法 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 脱毛 (年 月 日頃~)			就業に関して	<input type="checkbox"/> 労務不能・療養期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 復職時期 (年 月 日)		
			入院		年 月 日	~	年 月 日																			
				年 月 日	~	年 月 日																				
			通院	年 月 日	~	年 月 日																				
			日帰り手術	年 月 日	~	年 月 日																				
			その他	<input type="checkbox"/> 放射線療法 <input type="checkbox"/> ホルモン療法 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 脱毛 (年 月 日頃~)																						
就業に関して	<input type="checkbox"/> 労務不能・療養期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 復職時期 (年 月 日)																									
②傷病手当金申請書	(保険点数にて100点)	通	年 月 日 ~ 年 月 日																							
③上記以外の証明書	5,500円	通																								
医師への連絡記載事項欄																										
お問い合わせは下記までお願いいたします 大阪ブレストクリニック 書類担当係 【電話番号】 (06) 6465-4108																										
ご所望される期間について こちらに記入してください。																										