

証明書発行申込書(郵送申込用)

診察券番号	123456789	生年月日	〇〇〇年〇〇月〇〇日
患者本人名	成育太郎	フリガナ	セイイク タロウ
住所	〒 157-8535 東京都世田谷区大蔵2-10-1		
電話番号	03-1234-5678	留守電使用	可・否
携帯番号	090-1234-5678	留守電使用	可・否
受取方法	<input type="checkbox"/> 窓口 ※書類が出来次第お電話します。平日(8:30~17:00)に病院へ受取に来て下さい。 <input checked="" type="checkbox"/> 郵送 ※書類が出来次第、請求書・振込用紙を送付→入金確認後にゆうパック着払いで郵送		
依頼する医師名	診療科: 〇〇科	医師名:	〇〇医師

・診断書作成期間は約4週間です。

・申込後のキャンセルはいたしかねます。

・提出先に書式原本があるか確認してからお申込み下さい。

申込書類をお選び下さい。

宛先が病院の場合は病院に〇、診療科名、担当医名、役所であれば部署名等について分かる範囲でご記入願います。

診療情報提供書(紹介状)

宛先(病院名・役所等) (住所) / 診療科名: / 担当医名:)

※成育担当医に連絡を取ってからお申し込み下さい。医師とお話出来ていますか? はい・いいえ
※保険証・医療証のコピーを同封して下さい。

診断書(当院書式) ※成育担当医に連絡を取ってからお申し込み下さい。医師とお話出来ていますか? はい・いいえ

提出先(父職場)

記載希望内容

〇月〇日~〇月〇日に入院していたこと

小児慢性意見書 新規・継続

病名() ※継続の時は、小児慢性医療証のコピーを同封して下さい。

難病医療意見書 新規・継続

病名() ※継続の時は、難病医療証のコピーを同封して下さい。

育成医療意見書 新規・継続

入院日(〇月〇日) 手術日(〇月〇日) ※継続の時は、育成医療証のコピーを同封して下さい。

身体障害者診断書 新規・継続

※再認定の時は、現等級を記載して下さい。(3級)
※書式の原本を同封して下さい。

特別児童扶養手当 新規・更新

作成月になってから申込して下さい。作成月前の申込は受付出来ません。 ※書式の原本を同封して下さい。

学校生活管理指導表

提出先() ※書式の原本を同封して下さい。

補装具意見書

補装具名(義眼・左)) 品名・型番・左右両側など詳しく記載して下さい。

出産手当金支給申請書

※書式の原本を同封して下さい。

生命保険診断書

※書式の原本を同封して下さい。

入院期間(年 月 日~年 月 日) ・手術日(年 月 日)

通院日の記載(診断書に通院記載欄がある場合) 要・不要

記載が必要な場合は期間を記入(年 月 日~年 月 日)

その他 書類名(診療報酬明細書・薬指示書) ※書式の原本があれば同封して下さい。

記載希望内容

診療報酬明細書→外来1月分
薬指示書→プロペト、4月1日~9月30日期间

郵送先
〒157-8535 東京都世田谷区大蔵2丁目10番1号

国立成育医療研究センター 医事室 文書窓口 宛