

# 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

入院期間(年 月 日~年 月 日) ・手術日(年 月 日) ※書式の原本を同封して下さい。

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