

証明書発行申込書(郵送申込用)

診察券番号		生年月日	年	月	日
患者本人名		フリガナ			
住所	〒				
電話番号	留守電使用 可・否				
携帯番号	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 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:		医師名:			

- ・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。

<input type="checkbox"/> 診療情報提供書(紹介状) 宛先(病院名・役所等: (住所: ※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。	/診療科名: /担当医名:))
<input type="checkbox"/> 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()		
記載希望内容		
<input type="checkbox"/> 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。		
<input type="checkbox"/> 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。 ※臨床調査個人票を同封して下さい。		
<input type="checkbox"/> 育成医療意見書 新規・継続 入院日() 手術日() ※継続の時は、育成医療証のコピーを同封して下さい。 ※書式の原本を同封して下さい。		
<input type="checkbox"/> 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。(級) ※書式の原本を同封して下さい。		
<input type="checkbox"/> 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。		
<input type="checkbox"/> 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。 ※保険証・医療証のコピーを同封して下さい。		
<input type="checkbox"/> 補装具意見書 補装具名() ※書式の原本を同封して下さい。) 品名・型番・左右両側など詳しく記載して下さい。		
<input type="checkbox"/> 出産手当金支給申請書 ※書式の原本を同封して下さい。		
<input type="checkbox"/> 生命保険診断書 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)		
<input type="checkbox"/> その他 書類名() ※書式の原本があれば同封して下さい。 記載希望内容		

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