証明書発行申込書（郵送申込書）

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	□ 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。 □ 郵送 ※書類が出来次第、請求書・振込用紙を送付→入金確認後にお送りいただいたレターパックで郵送		
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。

・郵送受け取りをご希望の方は、お届け先をご記載いただいたレターパックの同封をお願いいたします。

申込書類をお選び下さい。

□ 診療情報提供書（紹介状）
宛先（病院名・役所等：　／診療科名：　／担当医名：　）
（住所：　）
目的（ 転居 、セカンドオピニオン 、トランジション 、里帰り出産 、その他：　）
※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（　）

記載希望内容

□ 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　※継続の時は、難病医療証のコピーを同封して下さい。
病名（　）　※臨床調査個人票を同封して下さい。

□ 育成医療意見書　新規 ・ 継続　※継続の時は、育成医療証のコピーを同封して下さい。
入院日（　）手術日（　）　※書式の原本を同封して下さい。

□ 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。（　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　※更新の時は作成月を記載して下さい。（　月）
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　※書式の原本を同封して下さい。
提出先（　）　※保険証・医療証のコピーを同封して下さい。

□ 補装具意見書　※書式の原本を同封して下さい。
補装具名（　）　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（　）　※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