

自賠責診療証明申請書

- * 太枠の中を記入してください。
- * この申請書は各診療科ごとに1枚提出してください。
- * 申込者が患者以外の場合、下記の同意書に署名が必要です。

申請日 令和 年 月 日		患者番号		科
患者氏名		T. S. H. R 年 月 日 生		
申 込 者	氏 名			
	住 所			
		電 話 — —		
患者との関係			この書類の申し込み回数	初めて ・ 2回目以降
証明期間		年 月 日から 年 月 日まで （ 入院 ・ 外来 ）		
証明終了日における状況		治癒 ・ 継続 ・ 転医 ・ 中止 ・ 死亡 ・ 他（ ）		
備 考				

同 意 書

殿が

自賠責診断書・明細書に関する事項について処理することに同意します。
尚、経過については[治癒 ・ 継続 ・ 転医 ・ 中止 ・ 死亡 ・ 他（ ）]に同意します。

地方独立行政法人 静岡市立静岡病院 病院長 様

令和 年 月 日

患者氏名 印 (続柄)

住 所

電 話 — —