

自賠責診療証明申請書

見本

*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。

1	申請日 令和 年 月 日	患者番号 2	3	科
患者氏名		4 T. S. H. R 年 月 日 生		
申 込 者	氏 名	5		
	住 所	電 話 — —		
患者との関係		6	この書類の申し込み回数 7 初めて ・ 2回目以降	
証明期間		8 年 月 日から 年 月 日まで (入院・外来)		
9	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				
10 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				
11		患者氏名	印	(続柄)
		住 所		
		電 話	— —	

※①～⑪までご記入お願いいたします。

⑤保険会社名(+第○課+ご担当者名)・保険会社住所・電話番号

⑩保険会社名

⑪患者様より同意欄へ
自筆にて署名捺印を頂いて下さい