

# 医療等の状況申込書 (災害共済給付金に関する証明申込書です。)

		受付者	
申込年月日		令和 年 月 日	
申込者	氏名	フリガナ ..... 〒	患者さまとの続柄(個人情報保護のために 第三者の方は患者さまの同意書が必要です。)  1. 本人 2. 家族( ) 3. その他( )  電話( ) -
	住所	〒	
患者さま	氏名	フリガナ .....	I D
	住所	〒	生年月日
証明書の 種類 期間 枚数		1. 医療等の状況	
		※ 年 月分 枚	※ 年 月分 枚
学校名		※ 郵送先を学校にされる場合のみ記入願います。	
依頼診療科		科 先生	傷病部位
		科 先生	
受取方法		★ 郵送 (110円切手を貼った返信用封筒に住所をご記入下さい。)	
		郵送先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 窓口 (診療月の翌月25日以降にお渡し可能です。) 原則、連絡はいたしません。 完成時にご連絡をご希望の場合は、連絡先をご記入下さい。 昼間の連絡先 ( ) -	
		発送日	
		連絡日	

**医療等の状況を申し込まれた方へ (受付日: ) (ID: )**

「医療等の状況」は、月単位での作成となりますので、診療月の当月には作成することができません。翌月に内容を確認してからの作成となりますので、出来上がりは、診療月の翌月25日以降になります。ご了承下さい。

お申し込み内容		
月分	月分	月分
月分	月分	月分
治療用装具明細書	枚 ( 月 日 )	装着

担当  
〒693-8501  
島根県出雲市塩冶町89-1  
島根大学医学部附属病院  
地域医療連携センター  
Tel.0853-23-2111(代表)  
FAX0853-20-2063