

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 7年 4月 1日	
申込者	氏名	フリガナ シマネ タロウ 島根 太郎	
	住所	〒693-0000 出雲市塩冶町00番地0	
		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(父) 3. その他() 日中に連絡可能な電話番号をご記入下さい。 電話(0000) 00 - 0000	
患者さま	氏名	フリガナ シマネ イチロウ 島根 一郎	ID 000 - 000 - 0
	住所	〒693-0000 出雲市塩冶町00番地0	生年月日 (平) 令 21年 1月 1日
証明書の種類 期間 枚数	1. 医療等の状況		月ごとのお申し込みになります。装具明細書をお申し込みの方は、装着日をご記入下さい。
	※ 年 月分 枚	※ 年 月分 枚	
		2. 治療用装具明細書 枚 (装着日 月 日)	
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	郵送受け取りご希望の方は、切手をご用意ください。	
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。)		発送日
	<input type="checkbox"/> 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 () -		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