

診断書・証明書等申込書 兼 引換券  
※太枠内をご記入ください

【①病院控】

【基本情報】		申込日		年	月	日
診察券No		診療科		主治医		
フリガナ		連絡先	TEL			
患者氏名		生年月日	S・H・R 西暦	年	月	日
住所	〒 -					

【本人以外が申し込みされる場合のみ、ご記入ください】

フリガナ		続柄	家族( )・代理人( ) ※受領時、委任状をご提出ください	
申込者氏名			連絡先	TEL
住所	〒 -			

【申し込み内容】		《請求予定金額： 円》	
<input type="checkbox"/> 生命保険診断書	通	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日 ※入院期間の証明は退院日が決まってからお申し込みください
		通院証明 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	
		通院期間	年 月 日 ~ 年 月 日
		※複数診療科の場合、科ごとの証明になります	
<input type="checkbox"/> 身体障害者診断書	通	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再認定	
<input type="checkbox"/> 障害年金診断書	通		
<input type="checkbox"/> 受診状況証明書	通		
<input type="checkbox"/> 特定疾患臨床調査個人票	通	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新	
<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療意見書	通	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新	
<input type="checkbox"/> 傷病手当金支給申請書	通	期間	年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日
<input type="checkbox"/> 院内様式診断書	通	提出先 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> その他( ) 記載内容 <input type="checkbox"/> 病名 <input type="checkbox"/> 手術日 <input type="checkbox"/> 手術名 <input type="checkbox"/> 入院期間(見込み) <input type="checkbox"/> 自宅療養期間 <input type="checkbox"/> 休職・復職 が必要 <input type="checkbox"/> その他( )	
<input type="checkbox"/> 診療費証明書	通	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
<input type="checkbox"/>	通		

注 意 事 項

- 土曜日・日曜日・祝日・年末年始に診断書・証明書等のお申し込み及びお受け取りはできかねます。(受付時間：平日9時～17時)
- 診断書・証明書等は医師の判断で作成しておりますので、ご希望に添えない場合がございます。
- お申し込みから、3週間程度お時間をいただいております。(記載内容によっては3週間以上かかることもございます)
- お申し込みいただいた診断書・証明書等の作成状況に関するお問い合わせは下記の専用AI電話にて承っております。
- お受け取りの際には引換券をお持ちください。ご本人以外の場合は裏面「委任状」をご準備ください。

お 問 い 合 わ せ 先

TEL:050-1722-3061(AI電話)  
(平日 午前8:30～午後8:00)

日付		取扱者	
----	--	-----	--

診断書・証明書等申込書 兼 引換券  
※太枠内をご記入ください

【②DA控】

【基本情報】		申込日		年	月	日
診察券No		診療科		主治医		
フリガナ		連絡先	TEL			
患者氏名		生年月日	S・H・R 西暦	年	月	日
住所	〒 -					

【本人以外が申し込みされる場合のみ、ご記入ください】

フリガナ		続柄	家族( )・代理人( ) ※受領時、委任状をご提出ください	
申込者氏名			連絡先	TEL
住所	〒 -			

【申し込み内容】		《請求予定金額： 円》	
<input type="checkbox"/> 生命保険診断書	通	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日 ※入院期間の証明は退院日が決まってからお申し込みください
		通院証明 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	
		通院期間	年 月 日 ~ 年 月 日
		※複数診療科の場合、科ごとの証明になります	
<input type="checkbox"/> 身体障害者診断書	通	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再認定	
<input type="checkbox"/> 障害年金診断書	通		
<input type="checkbox"/> 受診状況証明書	通		
<input type="checkbox"/> 特定疾患臨床調査個人票	通	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新	
<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療意見書	通	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新	
<input type="checkbox"/> 傷病手当金支給申請書	通	期間	年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日
<input type="checkbox"/> 院内様式診断書	通	提出先 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> その他( ) 記載内容 <input type="checkbox"/> 病名 <input type="checkbox"/> 手術日 <input type="checkbox"/> 手術名 <input type="checkbox"/> 入院期間(見込み) <input type="checkbox"/> 自宅療養期間 <input type="checkbox"/> 休職・復職 が必要 <input type="checkbox"/> その他( )	
<input type="checkbox"/> 診療費証明書	通	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
<input type="checkbox"/>	通		

注 意 事 項

- 土曜日・日曜日・祝日・年末年始に診断書・証明書等のお申し込み及びお受け取りはできかねます。(受付時間：平日9時～17時)
- 診断書・証明書等は医師の判断で作成しておりますので、ご希望に添えない場合がございます。
- お申し込みから、3週間程度お時間をいただいております。(記載内容によっては3週間以上かかることもございます)
- お申し込みいただいた診断書・証明書等の作成状況に関するお問い合わせは下記の専用AI電話にて承っております。
- お受け取りの際には引換券をお持ちください。ご本人以外の場合は裏面「委任状」をご準備ください。

お 問 い 合 わ せ 先

TEL:050-1722-3061(AI電話)  
(平日 午前8:30～午後8:00)

日付		取扱者	
----	--	-----	--

診断書・証明書等申込書 兼 引換券  
※太枠内をご記入ください

【③患者控】

【基本情報】		申込日		年	月	日
診察券No		診療科		主治医		
フリガナ		連絡先	TEL			
患者氏名		生年月日	S・H・R 西暦	年	月	日
住所	〒 -					

【本人以外が申し込みされる場合のみ、ご記入ください】

フリガナ		続柄	家族( )・代理人( ) ※受領時、委任状をご提出ください	
申込者氏名			連絡先	TEL
住所	〒 -			

【申し込み内容】		《請求予定金額： 円》	
<input type="checkbox"/> 生命保険診断書	通	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日 ※入院期間の証明は退院日が決まってからお申し込みください
		通院証明 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	
		通院期間	年 月 日 ~ 年 月 日
		※複数診療科の場合、科ごとの証明になります	
<input type="checkbox"/> 身体障害者診断書	通	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再認定	
<input type="checkbox"/> 障害年金診断書	通		
<input type="checkbox"/> 受診状況証明書	通		
<input type="checkbox"/> 特定疾患臨床調査個人票	通	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新	
<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療意見書	通	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新	
<input type="checkbox"/> 傷病手当金支給申請書	通	期間	年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日
<input type="checkbox"/> 院内様式診断書	通	提出先 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> その他( ) 記載内容 <input type="checkbox"/> 病名 <input type="checkbox"/> 手術日 <input type="checkbox"/> 手術名 <input type="checkbox"/> 入院期間(見込み) <input type="checkbox"/> 自宅療養期間 <input type="checkbox"/> 休職・復職 が必要 <input type="checkbox"/> その他( )	
<input type="checkbox"/> 診療費証明書	通	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
<input type="checkbox"/>	通		

注 意 事 項

- 土曜日・日曜日・祝日・年末年始に診断書・証明書等のお申し込み及びお受け取りはできかねます。(受付時間：平日9時～17時)
- 診断書・証明書等は医師の判断で作成しておりますので、ご希望に添えない場合がございます。
- お申し込みから、3週間程度お時間をいただいております。(記載内容によっては3週間以上かかることもございます)
- お申し込みいただいた診断書・証明書等の作成状況に関するお問い合わせは下記の専用AI電話にて承っております。
- お受け取りの際には引換券をお持ちください。ご本人以外の場合は裏面「委任状」をご準備ください。

お 問 い 合 わ せ 先

TEL:050-1722-3061(AI電話)  
(平日 午前8:30～午後8:00)

日付		取扱者	
----	--	-----	--

## 委 任 状

年 月 日

大阪公立大学医学部附属病院 御中

### 【委任者(患者)】

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

※原則患者様ご本人が署名してください

私(患者)は、次のものを代理人と定め、診断書・証明書等の申し込み及び受領に関する一切の権限を委任します。

### 【受任者(代理人)】

氏 名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

## 受 領 書

私は、診断書・証明書等を受領しました。

年 月 日

受領者氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)