

公費負担・公的制度の診断書・意見書等の申込書

① 太枠内をご記入ください

診察券番号				電話(FAX)番号
ふりがな 名 前				①
男・女				②
〈生年月日〉	昭・平・令	年	月	日生 (才)
住 所	〒			
★ 保険証 (国保 ・ 協会健保 ・ 組合 ・ 共済 ・ 生保 ・ 他)				
★ 福祉医療の有無 有 (乳児・子ども ・ 障害 ・ 母子) ・ 無				
該当者	◆ 身障手帳 級 (部位等:)			
	◆ 療育 (愛護) 手帳 判定 ◆ 精神保健福祉手帳 級			
※ 主治医名: 疾病名:				
診療科:				
入院日	年	月	日	手術日
				年 月 日
入院予定期間	日間			
手術内容				

郵送依頼の方は、下記についてもご確認のうえ
ご記入ください

郵送上のトラブル了承します。

令和 年 月 日
保護者サイン

MSW記載欄

指定医の連名

要

不要

↓
科

Dr

MSWサイン ()