横須賀市救急医療センター医療証明書等受付・交付処理票

※太枠内を記入して下さい。

受付年月日	□ 窓口 □ 郵便	年　月　日		
願出人	住所			TEL
	氏名		受診者との関係	□ 本人
受診者	受診年月日	年　月　日		
	住所	□ 同上		□ 同上 TEL
	氏名	□ 同上	生年月日	年　月　日
使用目的	□ 療養費支給申請のため □ 自動車損害賠償責任保険請求のため □ その他〔 □ 学校安全会　□ 労災　□ （　　）〕			
作成後	□電話（□同上）　TEL □郵送（□同上）　〒 □その他			
文書料	□ 療養費支給申請用明細書(労災・学校安全会など)(無料) □ 自賠責用診療費明細書(5,500円)　□ 自賠責用診断書(5,500円) □ 普通診断書(2,000円)　□ 特別診断書(5,500円) □ 普通証明書(1,000円)　□ 特別証明書(4,000円) □ 死亡診断書・死体検案書(3,000円)　□ (追加分)(1,500円) □ 労災８号様式　休業補償給付支給請求書(無料)			金額　円
処理欄	□ 同意書説明　□ 同意書お渡し　□ 診断書について説明 □ 電話連絡　月　日 (ｺﾒﾝﾄ:　　) □ 窓口にて交付　受領者　□願出人 〔□その他　□同意書　□身分証明証〕 □ 郵送			

	交付者	作成者	受付者
交付年月日　年　月　日			

医療機関名　：

担当医師名　：

来所予定　・　持出し　月　日