ＩＤ		年　　月　　日

証明書等交付願

患者氏名		受診科	
依頼者		医師	
続柄	連絡先ＴＥＬ	部屋Ｎｏ	

証明期間　入院　　年　　月　　日～　　年　　月　　日
外来　　年　　月　　日～　　年　　月　　日
休業期間　　年　　月　　日～　　年　　月　　日

下記の【　】に〇を付けてください。

【　　】入院・手術証明書　　通
【　　】証明書　　通
【　　】交通事故（診断書・証明書）　　通
【　　】傷病手当金　　通
【　　】継続診療　　通
【　　】休業補償　　通
【　　】その他　　通

～病院側使用～

本人確認資料（該当するものにチェック）
☐診察券　☐所定の書式の診断書　☐身分証明書

代理人確認資料（該当するものにチェック）
☐患者様本人の診察券　☐所定の書式の診断書
☐代理人様の身分証明書（運転免許証・マイナンバーカード・保険証
・その他　　）

受付者

牧田リハビリテーション病院