

受診状況等証明書が添付できない申立書

傷病名 _____

医療機関名 _____

医療機関の所在地 _____

受診期間 昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 昭和・平成・令和 年 月 日

上記医療機関の受診状況等証明書が添付できない理由をどのように確認しましたか。
 次の<添付できない理由>と<確認方法>の該当する□に✓をつけ、<確認年月日>に確認した日付を記入してください。
 その他の□に✓をつけた場合は、具体的な添付できない理由や確認方法も記入してください。

<添付できない理由> _____ <確認年月日> 平成・令和 年 月 日

カルテ等の診療録が残っていないため

廃業しているため

その他 _____

<確認方法> 電話 訪問 その他 (_____)

上記医療機関の受診状況などが確認できる参考資料をお持ちですか。
 お持ちの場合は、次の該当するものすべての□に✓をつけて、そのコピーを添付してください。
 お持ちでない場合は、「添付できる参考資料は何もない」の□に✓をつけてください。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳・療育手帳・
精神障害者保健福祉手帳 | <input type="checkbox"/> お薬手帳・糖尿病手帳・領収書・診察券
(可能な限り診察日や診療科が分かるもの) |
| <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳等の申請時の診断書 | <input type="checkbox"/> 小学校・中学校等の健康診断の記録や
成績通知表 |
| <input type="checkbox"/> 生命保険・損害保険・
労災保険の給付申請時の診断書 | <input type="checkbox"/> 盲学校・ろう学校の在学証明・卒業証書 |
| <input type="checkbox"/> 事業所等の健康診断の記録 | <input type="checkbox"/> 第三者証明 |
| <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 | <input type="checkbox"/> その他 (_____) |
| <input type="checkbox"/> 健康保険の給付記録 (レセプトも含む) | <input type="checkbox"/> 添付できる参考資料は何もない |

上記のとおり相違ないことを申し立てます。

令和 年 月 日

請求者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____ ※本人自らが署名する場合
 押印は不要です。

代筆者氏名 _____ 請求者との続柄 _____