

おりたメンタルクリニック  
担当者宛

年 月 日

診察券番号： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_

## 各種書類 記載依頼書

- 傷病手当金申請書  
申請期間 年 月 日～ 年 月 日
  
- 職場書式診断書（休職延長・復職など）  
特記事項（記載内容・申請期間など） \_\_\_\_\_
  
- 保険会社診断書（所得補償保険、GLTD）  
特記事項（申請期間など） \_\_\_\_\_
  
- 就労可否証明書（病状証明書/医師意見書）※就労可能である証明をする場合  
特記事項（日付、内容など） \_\_\_\_\_
  
- 就労可否証明書（病状証明書/医師意見書）※失業保険受給開始を延期する場合  
特記事項（日付、内容など） \_\_\_\_\_
  
- その他（当院書式以外の記述式診断書）  
特記事項 \_\_\_\_\_

### 確認事項

- 記載が必要な書類は入っていますか？
- 切手を貼った返信用の封筒は入っていますか？  
（到着日などの問い合わせには応じられませんので、ご希望の場合は追跡可能なレターパック等を活用ください）
- 本用紙を同封して郵送してください。