（任意）

診断書

（被保険者名）

住　　所

氏　　名

生年月日　　　　　年　　　月　　　日生

病名・診断名

診断日

年　　　月　　　日

上記の通り証明（診断）します。

　　　　　　　　　年　　　月　　　日

（医療機関情報）

住　　所

名　　称

電話番号

医師氏名　　　　　　　　　　　　　　印