

# 証明書兼診断書（契約者代理制度用） 記入例

病院または診療所の医師等  
がすべての欄をご記入ください。

## 証明書兼診断書（契約者代理制度用）

記入日 〇〇年〇〇月〇〇日

下記に記載のとおり、意思表示に関する状態について証明する。

記

### 1 患者さま情報

患者さま氏名	保険 一郎		
生年月日	大正・昭和・平成・令和・西暦 〇〇年〇〇月〇〇日	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
判断能力に関する意見	いずれかにし点でチェックしてください <input type="checkbox"/> 契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することができる <input checked="" type="checkbox"/> 契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することができない		
傷病名 （「判断することができない」にチェックした場合記入）	判断能力に影響する傷病名を記入してください XXXXXXXXXX		
傷病発生年月日 （受傷年月日） （「判断することができない」にチェックした場合記入）	〇〇	〇〇	〇〇 年 月 日

### 2 病院または診療所情報

所在地	〒△△△-△△△△ 東京都千代田区霞が関△-△
病院または診療所名	〇×病院
医師氏名	医療 〇〇

①

証明書兼診断書を記入した年月日をご記入ください。

②

患者さまの氏名、生年月日、性別、判断能力に関する意見、傷病名、傷病発生年月日（受傷年月日）を明確にご記入ください。

※ 傷病名および傷病発生年月日（受傷年月日）は、判断能力に関する意見を「判断することができない」にチェックした場合、ご記入ください。

③

病院または診療所の所在地、名称、医師氏名をご記入の上、押印してください。



# 証明書兼診断書（契約者代理制度用）

記入日

年

月

日

下記に記載のとおり、意思表示に関する状態について証明する。

## 記

### 1 患者さま情報

患者さま氏名			
生年月日	大正・昭和・平成・令和・西暦 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
判断能力に関する意見	いずれかにレ点でチェックしてください <input type="checkbox"/> 契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することができる <input type="checkbox"/> 契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することができない		
傷病名 （「判断することができない」にチェックした場合記入）	判断能力に影響する傷病名を記入してください		
傷病発生年月日 （受傷年月日） （「判断することができない」にチェックした場合記入）	年 月 日		

### 2 病院または診療所情報

所在地	〒 _____		
病院または診療所名			
医師氏名	Ⓔ ※要押印		