

# 証明書・診断書等申込書(兼同意書)

申込み日 年 月 日

○患者さんのお名前(どなたのものが必要ですか?)

フリガナ		診察券番号【カルテ番号】
氏名		—
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年 月 日生
住所	〒 (アパート名、号数まで正確にご記入下さい)	
電話番号	日中連絡のつく番号をお願いします。	
科名	内科・外科・産婦人科・小児科・脳外科・整形外科・その他( )	

○申込みにこられた方についてご記入下さい。(ご本人の場合は記入不要です)

※ ご本人・同居のご家族以外による申込み・受領の際には、委任状が必要です。

フリガナ		患者さんとのご関係
氏名		
住所	〒 (アパート名、号数まで正確にご記入下さい)	
電話番号		

受取方法  来院  郵送希望(封筒に送付先を記入し、切手を貼って下さい。)

○証明書・診断書の種類

1部あたり金額 必要部数 指定用紙の有無

証明書・診断書の種類	1部あたり金額	必要部数	指定用紙の有無
普通証明書(通院証明書等簡易な証明書)	1,100 円	部	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
普通診断書(死亡診断書・交通事故届出に要する診断書等)	1,650 円	部	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
詳細な診断書(身体障害者手帳交付申請に要する診断書等)	3,300 円	部	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
保険給付に要する診断書(入院証明書)(期間① ~ )	5,500 円	部	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
保険給付に要する診断書(入院証明書)(期間② ~ )	5,500 円	部	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
傷病手当金証明書(期間 ~ )	300 円	部	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
支払証明書(期間 ~ )	1,100 円	部	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
画像情報提供(CD-R)	1,018 円	枚	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
その他	円	部	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無

○注意事項

申請される方(本人含む)の身分証明書(免許証・保険証等)を提示してください。  
各証明書・診断書の発行までは、申込み日から10日間程度必要です。あらかじめご了承ください。  
郵送希望の方は申請時に書類代金をお支払下さい。

私は、申込み内容及び注意事項を確認した上で、費用の支払に同意します。

署名 \_\_\_\_\_

(院内記入)	本人確認	受付	委任状	連絡	交付
	免許証・保険証 その他( )	/	本人・同居家族申請 不要	/	/
			左記以外申請 要・済口	/	/