

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			
氏名		患者さんとのご関係	
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	<input type="checkbox"/> 来院 <input type="checkbox"/> 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

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・外来)(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・外来)(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 checked="" 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。あらかじめご了承下さい。

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 □	／	／	