

# 証明書・診断書等申込書(兼同意書)(郵送申請用)

記入日 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( ) |   |   |              |

○代理で申請される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<br>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 | <input type="checkbox"/> 来院 <input type="checkbox"/> 郵送希望(返信用封筒をご準備下さい。) |
|------|--------------------------------------------------------------------------|

○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)(コピー可)を同封してください。

各証明書の費用に関しては、必要部数分の料金を同封し現金書留で送付いただくか、下記病院口座に入金していただき、入金が確認でき次第、証明書を送付させていただきます。

各証明書の発行までは、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。

返信用封筒に、あて先を記入し、110円切手を貼って同封してください。また、送付先は、ご本人様(代理の方の申請の場合、代理の方の住所)とさせていただきます。

○病院口座

山形銀行天童支店

普 0678147

天童市民病院企業出納員(テンドウシミンビョウインキギヨウスイトウイン)

|        |                   |    |                     |                 |    |   |    |   |
|--------|-------------------|----|---------------------|-----------------|----|---|----|---|
| (院内記入) | 本人確認              | 受付 | 委任状                 |                 | 連絡 |   | 送付 |   |
|        | 免許証・保険証<br>その他( ) | ／  | 本人・<br>同居家族申請<br>不要 | 左記以外申請<br>要・済 □ | ／  | ／ | ／  | ／ |