

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

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)(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、84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 その他()	/	本人・同居家族申請 不要	左記以外申請 要・済□	/