

診断書等申込書兼引換書

年 月 日

フリガナ		患者番号	
患者氏名		主治医	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	診療科	科
住所	〒 -	電話番号(日中ご連絡の取れる番号をご記入下さい) 自宅・携帯・勤務先・その他 ()	

※患者ご本人様以外のお申込みの場合、お申込者欄もご記入下さい。別途、委任状が必要となります。
(但し、患者本人が18歳未満のお子様で、保護者が申込みの場合、委任状不要です)

フリガナ		続柄		電話番号(日中ご連絡の取れる番号をご記入下さい) ()
申込者氏名				

[確認書類] 本人: 診察券 リストバンド/本人以外: 運転免許証 健康保険証 マイナンバーカード パスポート その他()
[委任状: 要 不要] [+: 戸籍謄本・除籍謄本 身分証]

医師の了承 済 ・ 未

診断書の種類	部数	金額(税込)	証明期間等
<input type="checkbox"/> 生命保険診断書 手術 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 転科 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 通院証明 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		6,600円	入院 年 月 日～ 年 月 日
			入院 年 月 日～ 年 月 日
			入院 年 月 日～ 年 月 日
			通院 年 月 日～ 年 月 日
			労務不能 年 月 日～ 年 月 日
<input type="checkbox"/> 傷病手当金請求書		保険負担額 円	労務不能証明期間 年 月 日～ 年 月 日
<input type="checkbox"/> 労災 (号)		0円(書類による)	証明期間 年 月 日～ 年 月 日
<input type="checkbox"/> 当院書式一般診断書		3,300円	別紙記入
<input type="checkbox"/> 身体障害者診断書・意見書		6,600円	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新
<input type="checkbox"/> 臨床調査個人票		3,300円	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新
<input type="checkbox"/> 障害年金診断書		6,600円	
<input type="checkbox"/> 療養費同意書(針・灸・あんま・マッサージ)		保険負担額 円	
<input type="checkbox"/>		円	
<input type="checkbox"/>		円	
<input type="checkbox"/>		円	
合計	通		

[お受け取り方法]

- 来院(文書受付窓口)
郵送(レターパック代370円)

受渡し(出来上がり)予定日 月 日

- 診断書、証明書を作成には約3週間かかりますので、ご了承願います。
- 来院受取の方は、受渡し予定日が近づきましたら、お電話又は窓口で書類の出来上がりを確認下さい。病院から書類完成のご連絡はしておりませんのでご了承下さい。
- お受取りの際は、必ず「本引換書」と「身分証」をお持ち下さい。
- 申込者とは別の代理人がお受取りの際は、別途「委任状」が必要です。
- 書類の記載にあたって、改めて医師の診察や検査が必要な場合がございます。
- 文書の保管期間は、作成完了から1年間です。保管期間を過ぎた文書は、お支払いの有無に関わらず、お渡しできなくなりますので予めご了承下さい。

[窓口受取時使用欄] お受取り日 受取り者氏名
月 日 (続柄)
身分証明書: 運転免許証 マイナンバー 健康保険証 その他()

社会福祉法人 同愛記念病院 Tel 03-3625-6381(内線:6495)
文書受付時間 平日 8:30～17:00 土 8:30～12:30

依頼医師

(点線以下は病院記入欄)

先生 【 科】

備考

文書受付 内線6495	依頼	交付
/	/	/

文書料 済 未 なし

病院用 患者控え用