

文書申込書 兼 預かり書 ※申込時、書類原本と診察券を必ずお持ちください。
 ※住所・氏名は宛名として使用しますので、誤りのないようご記入をお願いします。

患者情報 (ID:)	
患者住所	〒
患者氏名	フリガナ 様
生年月日	年 月 日
診療科/主治医	科 医師
入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	年 月 日 ~ 年 月 日
証明期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	年 月 日 ~ 年 月 日

申請者情報	
申請者氏名	(続柄:)
連絡先	

※申請者が患者さんご本人以外の場合は委任状が必要です。 委任状確認 本人同席

郵送先情報 ※郵送先が患者情報と異なる場合はご記入ください。

住所	〒
宛名	様

受付日 年 月 日 窓口対応者

〈料金一覧表〉

診断書名	金額(税込)	数量	支払
診断書(当院書式/その他)	1,100円/2,200円	通	未・済
生命保険会社書式診断書	3,300円	通	未・済
後遺障害診断書(生命保険会社書式診断書含む)	5,500円	通	未・済
自賠責診療報酬明細書/自賠責診断書	4,400円	通	未・済
身体障害者診断書・意見書	4,400円	通	未・済
受診状況等証明書	1,100円	通	未・済
障害年金診断書	5,500円	通	未・済
精神障害者保健福祉手帳診断書	2,200円	通	未・済
臨床調査個人票	2,200円	通	未・済
特定不妊治療費助成事業受診等証明書	1,100円	通	未・済
傷病手当	100点	通	未・済
診療情報提供書	250点	通	未・済
その他()		通	未・済

※傷病手当をご依頼の方は下記の欄へもご記入をお願いします。

職場での業務内容	
休んだ理由	

※傷病手当申請書を記入するため上記を確認しております。
 ※療養期間は医師の判断となりますので、お申し出に添えない場合もございます。

備考欄	
-----	--

同 意 書

※チェック記入をお願いします。

作成には30日前後を予定しております。(内容や担当医の出張等の諸事情により30日以上かかる場合がございます。)

文書の種類によっては、事前に医師の了解が必要となります。

複数科の文書作成については原則、各診療科単位での作成となります。

文書作成にあたり診察、計測等が必要な場合、再度ご来院いただくことがあります。

ご本人の都合による申請の取り消しはできません。この場合の料金は申請者負担となります。

患者さん以外が申請する場合は委任状・代理人の身分証明書が必要となります。

お受け取りの際、個人の確認が必要となりますので、預かり書と受け取り者の身分証明書を必ずご持参ください。
 (患者さんまたは申請者以外はお受け取りできません。) 受取時間(平日8:30~17:00 土曜日8:30~12:00)

郵送を希望される場合は別途郵送料(404円)を頂きます。(郵送等に関する事故については、一切責任を負いかねます。)

郵送お受け取りの際、1ヵ月を過ぎても届かない場合は当院文書係までお問い合わせください。

文書作成後1年を経過しても来院又は連絡がない場合は、放棄されたものとして処理します。

上記内容に同意し、文書作成を依頼します。

氏 名 _____
 ※18歳未満の場合は親権者の署名をお願いします。