

診断書・証明書等交付申請書

申請日： 年 月 日

受付者

診察券登録番号	-	診療科	担当医	先生
フリガナ		生年月日		
患者氏名		年 月 日 ( 歳)		
患者住所				
フリガナ		連絡先電話番号 (日中の連絡となります)		
申請者 氏名・続柄	(続柄： )			

受領方法 ご希望の受取方法 ヘチェックをお付けください

<input type="checkbox"/> 会計窓口での受取 ( ) 外来受付での受取 ※診療情報提供書の受取りは外来受付となります				
<input type="checkbox"/> 郵送 (別途有料)	投函後の郵便物の事故に関して、病院側に一切責任を問いません 同意書署名	<input type="checkbox"/> レターパック370円⇒郵便受へ配達 <input type="checkbox"/> レターパック520円⇒対面手渡し配達	郵便代金 済 不要 ( )	会計 済 未 無

入院証明期間

①	年 月 日	～	年 月 日
②	年 月 日	～	年 月 日
③	年 月 日	～	年 月 日

通院証明期間 証明の必要がない場合は ヘチェックをお付けください

<input type="checkbox"/> 必要なし	年 月 日	～	年 月 日
-------------------------------	-------	---	-------

傷病手当金・労災休業補償 請求期間

年 月 日	～	年 月 日
-------	---	-------

申請書類

合計 通 ご申請書類の ヘチェックをお付けください (税込価格)

<input type="checkbox"/> 入院・通院証明書・診断書(保険会社)	5,500円	通	<input type="checkbox"/> 出産育児一時金・出産手当金	1,100円	通
<input type="checkbox"/> 小児慢性・臨床調査個人票・肝炎	2,200円	通	<input type="checkbox"/> 自立支援医療意見書	2,200円	通
<input type="checkbox"/> 障害年金診断書(厚生・国民・船員)	7,700円	通	<input type="checkbox"/> 学校関係・事務証明・手術等診療報酬計算書	1,100円	通
<input type="checkbox"/> 身体障害者診断書・意見書	5,500円	通	<input type="checkbox"/> 労災休業補償(8号・16-6号 )	-	通
<input type="checkbox"/> 死亡診断書(院内・院外所定用紙)	5,500円	通	<input type="checkbox"/>		通
<input type="checkbox"/> 傷病手当金支給申請書	診療点数 100点	通	※備考欄		
<input type="checkbox"/> 訪問看護指示書	診療点数 300点	通			
<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 宛先( )	診療点数 250点	通			
<input type="checkbox"/> 病院所定診断書 ・傷病名・入院期間・療養期間・その他	提出先：職場・学校・警察 その他 ( )		3,300円		通
<input type="checkbox"/> 介護主治医意見書 (新規・継続)	身長 cm 体重 kg 利き腕 右・左				

受領日	月 日	受領者	患者との関係
-----	-----	-----	--------

患者氏名		診察券登録番号	-	
------	--	---------	---	--

※備考欄に記載しきれない内容は、こちらへご記載ください。
