

# 【記載例】

## 診断書・証明書等交付申請書

申請日: 2023年7月1日

診察券登録番号		—	診療科	担当医	先生
フリガナ	サイセイ	ハナコ	生年月日		
患者氏名	済生	花子	2000年1月1日(22歳)		
患者住所	埼玉県川口市〇〇町〇-〇〇-〇 △△マンション100号室				
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	同上	(続柄: )	090-000-0000		

### 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です	
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	
<input checked="" type="checkbox"/> 郵送 (別途有料) 同意書署名 済生 花子	<input checked="" 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	2023年	1月	1日	～	2023年	1月	20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 checked="" 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

2023年	1月	1日	～	2023年	1月	31日
-------	----	----	---	-------	----	-----

申請書類 合計	2 通	ご申請書類の <input type="checkbox"/> ヘチェックをお付けください (税込価格)			
<input checked="" type="checkbox"/> 入院・通院証明書・診断書(保険会社)	5,500円	1 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	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 checked="" type="checkbox"/> 傷病手当金支給申請書	診療点数 100点	1 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 提出先: 職場・学校・警察 その他( ) ・傷病名・入院期間・療養期間・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					通

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