

診断書等申込用紙

患者番号			
患者氏名	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来通院中		
住 所	〒 -		
証明 期間 等	<input type="checkbox"/> 入院分	科 年 月 日 ~	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 外来分	科 年 月 日 ~	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 外来分	科 年 月 日 ~	年 月 日
診断書等 種類	<input type="checkbox"/> 病院所定 (通) 1通 5,500円 <input type="checkbox"/> 生命保険 (通) 1通 11,000円 <input type="checkbox"/> 出生届 (通) 1通 5,500円 <input type="checkbox"/> 死亡診断書 (通) 1通 4,400円 <input type="checkbox"/> 年金診断書 (通) 1通 11,000円 <input type="checkbox"/> 死亡診断書(保険会社用) (通) 1通 11,000円 <input type="checkbox"/> 傷病手当 (通) 100点(保険適用) <input type="checkbox"/> 訪問看護指示書 (通) 300点(保険適用) <input type="checkbox"/> 外国語診断書 (通) 1通 11,000円 <input type="checkbox"/> 自賠償診断書 (通) 1通 11,000円 <input type="checkbox"/> 自賠明細書 (通) 1通 11,000円 <input type="checkbox"/> その他の文書 (通) 1通 11,000円 <p style="text-align: center;">■ 以下の診断書について はじめて 申請する方は医療そうだん窓口になります。</p> <input type="checkbox"/> 障害者手帳 (通) 1通 11,000円 <input type="checkbox"/> 特定疾患指定難病 (通) 1通 5,500円 <input type="checkbox"/> 小児慢性 (通) 250点(保険適用) (裏面にもご記入ください) <div style="text-align: right;">合計 _____ 通</div> <p>申込内容を確認し、費用の支払いに同意します。</p>		
申込者名	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 (氏名: _____ 続柄: _____) <u>※ 第三者様からの依頼の場合は「委任状」が必要となります。</u>		
受取者名	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
連絡 有無	<input type="checkbox"/> 連絡不要 連絡先 <input type="checkbox"/> 自宅・携帯 [_____] <input type="checkbox"/> 職場・その他 [_____] <input type="checkbox"/> 連絡要 <input type="checkbox"/> 病棟(入院中) 東 階 / 西 階 / 先 階 留守電へのメッセージ 可・不可 ・複数枚申込みの場合 <input type="checkbox"/> 全部出来てから連絡 <input type="checkbox"/> 出来た順に連絡		
※1 連絡先は確実につながる番号の記入をお願いします。 ※2 完成後は確認のためお渡しは翌日以降の平日になります。ご理解の程よろしくお願いたします。			

※ 裏面にも記載があります。

●小児慢性更新（医療意見書）の申し込みの場合は、下記の項目を記入してください。

・出生都道府県：[] ・母の生年月日：[年 月 日]

・出生体重：[g]

・出生週数：[週]

・出生時の住民登録した場所：[都・道・府・県 市・町・村]

・就学・就労状況：[]

・各種手帳の取得状況：[]

※ 小児慢性更新の場合で医療意見書の用紙をお持ちでない方は、受給者証に記載されている疾病名を記入してください。

疾病名：[]

(病院使用欄)	<input type="checkbox"/> システム登録済み	<input type="checkbox"/> システム対応外
引渡方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送（手数料：1,570円） <input type="checkbox"/> 封筒持参（切手貼付済） <input type="checkbox"/> レターパック持参	
	<input type="checkbox"/> 病棟 ※ 東 階 / 西 階 / 先 階	
<input type="checkbox"/> 郵送(手数料1,570円)をご希望の場合、お預かりした診断書は、「一般書留郵便」にて送付致します。		
<input type="checkbox"/> 郵送(封筒持参(切手貼付済)) 封筒に切手を貼付し、 確実に届く宛先の記入 をお願い致します。 ※ 診断書窓口のみでの受付 となります ⇒患者さん氏名もしくは申込者氏名を記入ください ※参考 A4サイズ3枚まで84円切手、A4サイズ4～8枚まで94円切手（封筒の厚さにより多少異なります）		
<input type="checkbox"/> レターパック持参 確実に届く宛先の記入 をお願い致します。 ⇒患者さん氏名もしくは申込者氏名を記入ください ※ 診断書窓口のみでの受付 となります		
上記手続き及び料金について、確認・同意しました。		
Signature 署名（直筆） _____		
※作成までお時間を頂いておりますが、入院中の患者さんで退院までの引渡ご希望の場合は直接病棟までご相談ください。		
備考		

※問い合わせ先
医事課外来係 診断書窓口
Tel:022-717-7091