

診断書等申込書 兼 引換券

主治医に書類の確認		
業務	診断書	
業務有	診断書有	他科有

太線枠をご記入ください。

年 月 日 申込

患者	フリガナ		ID	
	氏名		診療科	
	生年月日	大 昭 年 月 日生 平 令	主治医	医師
	住所	〒 -		
申込者 <input type="checkbox"/> 本人	本人	フリガナ		続柄
	以外の場合	氏名		
連絡先 電話番号	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 申込者	自宅 - 携帯 -		患者情報確認 <input type="checkbox"/> 済

診断書等の種類 (いずれか番号に○を記入)	必要枚数	金額/通 (税込)
1 病院備え付けの診断書 提出先：勤務先・学校・保険会社・その他 () 記載事項：入院 (通院) 期間・療養期間・ その他 ()	通	2,200 円/4,400 円
2 傷病手当金請求書 (保険証確認 済・未)	通	0 円～1,000 円
3 生命保険・障害年金・後遺障害診断書	通	4,400 円
4 難病法・自立支援・精神手帳 (新規・更新)	通	2,200 円～3,300 円
5 その他 診断書等の名称 ()	通	0 円～4,400 円 (金額)

証明期間	入院	年 月 日 ~	年 月 日
	通院	年 月 日 ~	年 月 日

出来上がり予定日 年 月 日 頃 ※お渡しが遅くなる場合があります。

受取方法	<input type="checkbox"/> 窓口	※診断書等の受取りの前に出来上がりを下記の時間帯に電話で確認の上、ご来院ください。受取りの際には、この申込書 (本人控え)、身分証明書及び診察券を必ず持参してください。
	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 切手	申込者が本人でない場合は、委任状が必要です。 ※診断書等の重量により不足料金が発生した場合、不足料金分は受取人払いとなります。

【問合わせ先】 豊川市民病院 医事課 文書担当 0533-86-1111
平日 (土・日・祝及び年末年始除く) 9時～16時30分

委任欄	この引換券を持参した者に、私の診断書等の受取りに関する権限を委任します。		
	患者氏名	(署名)	

受取者サイン	年 月 日 氏名	(続柄)
--------	----------	------

※受取者が「患者本人」以外の場合 (家族でも)、上の委任欄に患者本人の署名が必要となります。

受取人 本人確認	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()
-------------	--

担当者	申込	
	受渡	