

診断書等申込書 兼 引換券

患者 番号	★
----------	---

太枠内をご記入ください。 申込日 年 月 日

患者	フリガナ：		科		医師	
	氏名：		主治医確認		患者情報確認	
	生年月日：大・昭・平・令・西暦 年 月 日		業務		診断書	
	住所：〒 -		業務有		診断書有 他科有	
申込者	☐ 患者本人 ☐ 患者本人以外 (本人以外の場合は氏名・続柄をご記入ください)	フリガナ：		続柄		
		氏名：				
連絡先	☐ 患者本人 ☐ 申込者	携帯	-	自宅	-	
診断書等の種類		通数	証明期間等		金額/通(税込)	
病院備え付け診断書(勤務先、学校提出用)		通	□入院期間1 年 月 日～ 年 月 日		2,200円	
病院備え付け診断書(その他() 提出用)		通	□入院期間2 年 月 日～ 年 月 日		〃	
生命保険診断書		通	□通院期間 年 月 日～ 年 月 日		4,400円	
後遺障害診断書		通	□療養期間 年 月 日～ 年 月 日		1,100円	
障害年金診断書		通	□その他 ()		4,400円	
受診状況等証明書		通	□新規 □更新		2,200円	
領収証明書		通	□新規 □更新		〃	
医療等の状況(日本赤十字振興会災害共済給付金証明書)		通	視・聴・肢・心・腎・呼・ほ直・()・リハ確認		3,300円	
医療費証明書(償還払用)		通	労働不能期間		〃	
その他(名称)		通	保険資格(済・未)・上限管理票		4,000円	
指定難病 / 小児慢性		通	年 月 日～ 年 月 日		〃	
自立支援 / 精神手帳		通			〃	
身体障害者診断書・意見書		通			〃	
傷病手当金請求書		通			〃	
労災()号		通			〃	
受取方法		☐ 窓口 ☐ 郵送(切手をご用意ください)		予定日： 年 月 日頃		

【留意事項】

- ・2階4番窓口(平日8時30分から17時)で文書をお渡しします。
- ・出来上がりの進捗確認をする場合は、下記の時間帯にお電話ください。
- ・文書を作成するにあたり医師の診察や検査が改めて必要な場合があります。
- ・記載内容については、診療に基づき文書を作成するため、ご希望に沿えない場合があります。
- ・申し込み後に依頼内容に変更・追加等がある場合は、新規にお申し込みください。
- ・お渡し予定日より6か月後まで文書を保管いたします。保管期間を超えた場合は改めてお申し込みください。
- ・内容変更若しくは追加又は再発行又は保管期間超過により新規申込の場合は、改めて文書料が生じます。
- ・郵送料金に不足が発生した場合、不足料金分は受取人払いになります。なお、郵送による紛失については、当院では一切の責任を負いかねます。

・患者本人以外の方が受取られる場合は、「診断書等申込書 兼 引換券」の委任欄に患者本人の署名もしくは委任状の提出が必要です。受取りの際には、申込書(本人控)、受取人の身分証明書も必ずご持参ください。

受取者が「患者本人」以外の場合(家族でも)、委任欄に患者本人の署名が必要です。

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)		

受取人本人確認 ☐ マイナンバーカード ☐ 免許証 ☐ 保険証等 ☐ その他 ()

【問い合わせ先】 0533-86-1111 文書担当 平日(土・日・祝及び年末年始除く) 9時～16時30分

担当者	申込		受渡	
-----	----	--	----	--