

# 診断書・証明書等申込書

申込日 年 月 日

I D				
患者情報 (本人) 記入欄	フリガナ			
	患者氏名	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日 ( 歳)
	住所	〒 —		男 ・ 女
	電話番号	①自宅・携帯	②職場・その他	
※日中、ご連絡がつく電話番号をお知らせください				
依頼内容	依頼する診療科等	①内科②小児科③外科④産婦人科⑤泌尿器科⑥耳鼻咽喉科⑦整形外科⑧皮膚科 ⑨眼科⑩麻酔科⑪精神科⑫放射線科⑬循環器科⑭人工透析⑮腎臓内科		
	証明期間	入院	年 月 日	～ 年 月 日
		外来	年 月 日	～ 年 月 日
	証明期間	入院	年 月 日	～ 年 月 日
		外来	年 月 日	～ 年 月 日

※本人以外によるお申込み・お受け取りの際は代理人欄にご記入ください

代理人欄	フリガナ				<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 親	<input type="checkbox"/> 子
	代理人氏名			患者様との関係	<input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹 <input type="checkbox"/> ケアマネ		
	住所	〒 —		<input type="checkbox"/> その他 ( )			
	連絡先	①自宅・携帯	②職場 [ ] ・その他				
※日中、ご連絡がつく電話番号をお知らせください							

・受取方法をお選びください

受取方法	本人 ・ 代理人		連絡欄
	窓口	普通郵便 (84円・120円)	
		簡易書留 (上記+320円)	

※書類の作成には2週間程度かかりますが、提出期限がある場合には窓口までご相談願います。

※診断書及び証明書は1診療科ごとの作成になります。転科された場合にはそれぞれの科でのお申し込みをお願いします。

※ご本人様以外の方がお受け取りになる場合は、必ず委任状と代理人様の身分証明書をご持参下さい。

※作成手数料につきましては裏面に記載がございますので、ご確認の上お申し込み願います。

※料金はお受け取りの際にお支払いいただきます。

※お申し込み後、不要となった場合はキャンセルのご連絡を頂きますよう願います。

診断書等の種類（該当するものにチェック）	枚数	作成手数料	注意事項	
<input type="checkbox"/> 警察提出用診断書（交通事故・傷害）		2,200円	病院所定の用紙	フンシ02
<input type="checkbox"/> 保険会社用診断書		5,500円	各保険会社所定の用紙をお持ちください。	フンシ05
<input type="checkbox"/> 労働者災害補償保険（様式第7号・8号・10号・16号）			所定の用紙をお持ちください。	
<input type="checkbox"/> アフターケア実施期間の更新に関する診断書		2,200円	所定の用紙をお持ちください。	フンシ02
<input type="checkbox"/> 障害年金診断書（新規・更新）		5,500円	所定の用紙をお持ちください。 診察・身体測定が必要になります。	フンシ05
<input type="checkbox"/> 身体障害者診断書・意見書		5,500円	所定の用紙をお持ちください。 診察・身体測定が必要になります。	フンシ05
<input type="checkbox"/> 傷病手当金支給申請書（健康保険適用）		健康保険の 自己負担割 合による	勤務先の所定の用紙をお持ちください。	ショウ11
<input type="checkbox"/> 施設入所のための健康診断書		2,200円	所定の用紙をお持ちください。内容により 検査費用などが追加になる場合があります。	フンシ02
<input type="checkbox"/> ハローワーク提出用 受給資格の決定・延長		2,200円	所定の用紙をお持ちください。	フンシ05
<input type="checkbox"/> 難病臨床調査個人票（新規・更新）		2,200円	所定の用紙をお持ちください。	フンシ02
<input type="checkbox"/> 後遺障害診断書（自賠責・労働者災害補償保険・各保険会社）		5,500円	所定の用紙をお持ちください。 診察・身体測定が必要になります。	フンシ05
<input type="checkbox"/> 通院日証明書		1,100円	所定の用紙をお持ちください。	フンシ01
<input type="checkbox"/> 当院診断書・証明書		2,200円	病院所定の用紙 ※保険会社提出の場合は5,500円となります ※公務災害の場合は自己負担ありません	フンシ02

希望される項目等を○で囲んでください。

・病名 ・入院、通院加療見込期間 ・検査結果に基づく就労可否

・提出先（会社 学校 保険会社 その他 ） ・その他要望（ ）

その他（ ）

上記診断書等作成内容につきまして提出先保険会社（ ）より照会  
があった場合は回答することに同意しますか？ [ 同意します ・ 同意しません ]

医療機関記入	受付職員	受付枚数	連絡方法	T・M・不要	完成日	/	交付日	/
本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 保険証	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> その他（ ）			
連絡日	/ 本人・家族〔 〕・留守	担当		連絡日	/ 本人・家族〔 〕・留守		担当	
連絡日	/ 本人・家族〔 〕・留守	担当		連絡日	/ 本人・家族〔 〕・留守		担当	
連絡日	/ 本人・家族〔 〕・留守	担当		連絡日	/ 本人・家族〔 〕・留守		担当	