

診断書・証明書等交付申請書

申請年月日 令和 年 月 日

患者番号			
ふりがな		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生
患者氏名			

☆申請者が患者様本人以外の場合は以下もご記入願います。

ふりがな		続柄		ご連絡先	()
申請者氏名					-

☆希望する文書の種類についてご記入ください。

種類 (該当する項目に☑)	希望 部数	主治医	証明期間、証明内容など	発行料 (税込)
<input type="checkbox"/> 診断書(当院様式)	部	科 先生	<input type="checkbox"/> 加療中 () <input type="checkbox"/> 提出先 () <input type="checkbox"/> 治療見込み () <input type="checkbox"/> 期間 () <input type="checkbox"/> 就業可否 () <input type="checkbox"/> その他 ()	1通につき 1,100円
<input type="checkbox"/> 診断書(保険会社等指定様式)	部	科 先生	<input type="checkbox"/> 入院分 年 月 日 <input type="checkbox"/> 通院分 ~ 年 月 日分	3,300円
<input type="checkbox"/> 死亡診断書(写し)	部	科 先生	死亡日: 年 月 日	550円
<input type="checkbox"/> 傷病手当金請求書	部	科 先生	年 月 日 ~ 年 月 日	健保適用
<input type="checkbox"/> 医療費受領証明書	部		年 月 ~ 年 月分	1,100円
<input type="checkbox"/> 補装具診断書	部	科 先生		無料
<input type="checkbox"/> 身体障害者診断書・意見書	部	科 先生		3,300円
<input type="checkbox"/> 特別障害者手当認定診断書	部	科 先生		3,300円
<input type="checkbox"/> 病状調査書・意見書 (生命保険、損害保険、簡易保険)	部	科 先生		5,500円
<input type="checkbox"/> その他 ()	部	科 先生		

☆書類完成時のご連絡先をお知らせ下さい。

<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他	— —	備考欄 (希望時間等)
--	-----	----------------

※病院記入欄 保険会社名 封筒：有・無 ファイル：有・無

保険会社名 封筒：有・無 ファイル：有・無