

診断書・証明書等交付申請書

記入例

※太枠内をご記入ください。

患者	フリガナ	カワキタ タロウ		ID番号	01234567
	患者氏名	河北 太郎 (男)・女		生年月日	1955 年 1 月 1 日
	住所	〒 166 - 0001 東京都杉並区阿佐谷北 1 - 7 - 3			
	連絡先	(携帯) 090 - 1234 - 5678 (自宅) 03 - 1234 - 5678		<input type="checkbox"/> 留守電不可 <input type="checkbox"/> SMS(ショートメール)不可 <input type="checkbox"/> 留守電不可	
申込者	<input checked="" type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 患者家族 患者との続柄 () <input type="checkbox"/> その他 ※委任状が必要です。 患者との関係 ()				
	フリガナ				
	申込者氏名	患者本人以外の申込の場合は、申込者の氏名・住所・連絡先をご記入ください。			
	住所	〒 -			
	連絡先	(携帯) - - (自宅) - -		<input type="checkbox"/> 留守電不可 <input type="checkbox"/> SMS(ショートメール)不可 <input type="checkbox"/> 留守電不可	
受取方法	<input checked="" type="checkbox"/> 郵送 (レターパックライト) ※郵送料 (370円) を別途いただいております。 <input checked="" type="checkbox"/> 患者住所 <input type="checkbox"/> 申込者住所 <input type="checkbox"/> 窓口				

文書窓口では、SMS (ショートメール) による連絡システムを導入しております。

SMS (ショートメール) によるご連絡を希望されない場合は、連絡先欄の「SMS(ショートメール)不可」にチェックをお願いいたします。ただし、SMS(ショートメール)によるご連絡を希望された場合でも、電話でのご連絡となる場合がございますので、あらかじめご了承ください。

※裏面にご依頼の診断書・証明書等についてご記入ください。

病院記入欄

確認書類	診察券・本人確認書類・委任状・戸籍謄本等・保険証等・ ()				
支払	未・済・口振・天引き・なし・入院費 (医事課連絡済 ())				
受付方法	窓口・郵送		<p>こちら 記入不要です</p> <p>通数・料金</p>	7,700	円 × 通
交付方法	窓口・郵送 (レターパック・持参)			5,500	円 × 通
出来次第TEL	不要・要 ()			3,300	円 × 通
受付	算定	交付予定日		2,200	円 × 通
					円 × 通
				370円(レターパック)	円 × 通
			計	通	円
	受取者氏名 (続柄)				

診断書・証明書等交付申請書

記入例

※ ご依頼の診断書・証明書等について太枠内にご記入ください。

ID番号 **01234567**

証明期間	
入院	2023年8月1日 ~ 2023年8月31日 (消化器外科)
	年 月 日 ~ 年 月 日 (科)
通院	通院日証明欄がある書式の場合 → 証明必要 (下記に証明期間をご記入ください) ・ 不要
	2023年7月1日 ~ 2023年9月30日 (消化器外科)
手術	2023年8月7日 (消化器外科) / 年 月 日 (科)
労務不能	労務不能期間証明欄がある書式の場合 → 証明必要 (下記に証明期間をご記入ください) ・ 不要
	※ 傷病手当金請求書および労働災害・通勤災害請求書をご依頼の際は必ず証明期間をご記入ください。
	※ 担当医の判断で記載いたしますので、ご希望に沿えない場合がございます。
	2023年8月1日 ~ 2023年9月15日 (消化器外科)

診断書・証明書等の種別と通数	
<input checked="" type="checkbox"/> 保険会社診断書 (入院・通院・手術) 特定の疾病に関して、所定期間経過後の状態 (後遺症等) を証明する欄がある書式の場合 → 証明必要 ・ 不要 具体的な後遺症等があればご記入ください (←) ※ 証明が必要な場合は、所定期間経過後に担当医の診察を受けられた後よりご依頼が可能となります。 保険金等を請求する意思能力の有無を証明する欄がある書式の場合 → 意思能力あり ・ 意思能力なし ※ 患者本人以外の方がご依頼される際は必ずご記入ください。	1 通
<input type="checkbox"/> 医療等の状況 年 月 分 (科) 通	<input type="checkbox"/> 医療費支給申請書 (難病用) ※ 申込時に難病の医療証が必要です。 通
<input type="checkbox"/> 後遺障害診断書 通	<input type="checkbox"/> 出産手当金・育児一時金支給申請書 通
<input type="checkbox"/> 受診状況等証明書 科 傷病名： 初診日： 年 月 日 通	<input type="checkbox"/> 自立支援診断書 初回・更新 通 <input type="checkbox"/> 身体障害者診断書・意見書 通
<input type="checkbox"/> 障害年金診断書 科 初診日： 年 月 日 現症日： 年 月 日 通	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳用診断書 初回・更新 通 <input type="checkbox"/> 当院書式 入院・通院・領収証明書 (傷病名なし) 通
<input type="checkbox"/> 入院期間・手術・放射線照射診療報酬点数確認書 通	<input type="checkbox"/> 療養見舞金申請書 年 月 ~ 年 月 (科) 通 <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票 (難病診断書) 初回・更新 通
<input checked="" type="checkbox"/> 当院書式診断書 (和文・英文) 提出先： 勤務先・通学先・警察・その他 () 記載内容 () <input checked="" type="checkbox"/> 入院期間 <input checked="" type="checkbox"/> 手術日・手術名 退院後、9月15日まで自宅療養が必要な旨。	1 通
※ 交通事故にて受診された際の警察宛て診断書をご依頼の際は、記載内容欄の記入は不要です。	
<input type="checkbox"/> 労働災害・通勤災害請求書 通	<input type="checkbox"/> 自賠責診断書 通
<input type="checkbox"/> 傷病手当金請求書 通	<input type="checkbox"/> 自賠責明細書 通
<input type="checkbox"/> アレルギー疾患生活管理指導表 提出先 (学校や保育施設の名称) () 原因食物 ()	通
<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 転居の為・セカンドオピニオン希望の為・その他の場合はこちらにご記入ください (←) 当院担当医： 科 先生 宛先医療機関名： 科 先生	通
上記以外の書式の場合や、記載内容に関して注意事項等ありましたらこちらにご記入ください。ただし、担当医の判断で記載いたしますので、ご希望に沿えない場合がございます。	

施設	H・B CL	病棟 診療科				医事
こちらは 記入不要です						