

## 診断書等申込用紙

患者登録番号(ID)															
患者氏名		□入院 □外来													
住 所		〒													
証明 期間 等	□入院分	科 平成		年	月	日	～ 平成	年	月	日					
		科 平成		年	月	日	～ 平成	年	月	日					
	□外来分	科 平成		年	月	日	～ 平成	年	月	日					
		科 平成		年	月	日	～ 平成	年	月	日					
診断書種類		□病院所定(通) 1通 3,240円	□自賠責診断書(通) 1通 7,560円	□自賠明細書(通) 1通 5,400円	□出生届(通) 1通 3,240円	□死亡診断書(通) 1通 4,320円	□生命保険(通) 1通 7,560円	□死亡診断書(保険会社用)(通) 1通 10,800円	□身体障害(通) 1通 7,560円	□特定疾患(通) 1通 3,240円	□小児慢性(通) 250点(保険適用)	□傷病手当(通) 100点(保険適用)	□外国語診断書(通) 1通 10,800円	□その他(通)	合計 通
		申込内容を確認し、費用の支払いに同意します。													
申込者名		□本人		□その他( )											
受取者名		□本人		□その他( )											
連絡 有無		連絡先(自宅・携帯) □要 (職場・その他) □不要													
		※連絡先は確実につながる番号をお願いします													
引渡方法		□窓口		□郵送 (手数料:1,540円)			□病棟※		東 階 西 階						
		※入院中の患者さんで退院までの引渡ご希望の場合は直接病棟までご相談ください													
備考															
		●小児慢性更新(医療意見書)の申し込みの場合は、下記の項目を記入してください。 ・出生都道府県:[ ]・母の生年月日:[ S・H 年 月 日 ] ※小児慢性更新の場合で医療意見書の用紙をお持ちでない方は、受給者証に記載されている疾病名を記入してください。疾病名:[ ]													
(病院使用欄)		□システム登録済み					□システム対応外								