

## 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	
	□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	<input type="checkbox"/> 病院所定 ( 通 ) 1通 3,240円 <input type="checkbox"/> 自賠償診断書 ( 通 ) 1通 7,560円 <input type="checkbox"/> 自賠償明細書 ( 通 ) 1通 5,400円 <input type="checkbox"/> 出生届 ( 通 ) 1通 3,240円 <input type="checkbox"/> 死亡診断書 ( 通 ) 1通 4,320円 <input type="checkbox"/> 生命保険 ( 通 ) 1通 7,560円 <input type="checkbox"/> 死亡診断書 ( 保険会社用 ) ( 通 ) 1通 10,800円 <input type="checkbox"/> 身体障害 ( 通 ) 1通 7,560円 <input type="checkbox"/> 特定疾患 ( 通 ) 1通 3,240円 <input type="checkbox"/> 小児慢性 ( 通 ) 250点 ( 保険適用 ) <input type="checkbox"/> 傷病手当 ( 通 ) 100点 ( 保険適用 ) <input type="checkbox"/> 外国語診断書 ( 通 ) 1通 10,800円 <input type="checkbox"/> その他 ( 通 )      合計 _____ 通 <b>申込内容を確認し、費用の支払いに同意します。</b>		
申込者名	□本人 □その他 ( 続柄 ) ※ 第三者様からの依頼の場合は「委任状」が必要となります。		
受取者名	□本人 □その他 ( )		
連絡 有無	連絡先 <input type="checkbox"/> 自宅・携帯 <input type="checkbox"/> 職場・その他 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 病棟 ( 入院中 ) 東 階 / 西 階 留守電へのメッセージ 可・不可 <input type="checkbox"/> 不要		
	複数枚依頼の場合 <input type="checkbox"/> 全部できてから連絡 <input type="checkbox"/> 出来た順に連絡		
	※1 連絡先は確実につながる番号の記入をお願いします。 ※2 完成後は確認のためお渡しは翌日以降の平日になります。ご理解の程よろしくお願いいたします。		
引渡方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 ( 手数料 : 1,540円 ) <input type="checkbox"/> 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 )	<input type="checkbox"/> システム登録済み		<input type="checkbox"/> システム対応外