

診断書・証明書等交付申込書兼同意書

文書料は原則、先払いとなります

※太枠内をご記入ください

申込日 年 月 日

診察券番号		診療科	科	主治医	医師
ふりがな 患者氏名		生年月日	(大・昭・平・令)	年	月 日
患者住所	〒				
連絡先	Tel メールアドレス:				

【本人以外が申込される場合、ご記入ください】

委任状・身分証等の患者との関係性のわかるものが必要です。

ふりがな 申込者氏名	申込者 住所
続柄 () 代理人 ()	連絡先 Tel

左記内容に 同意の上、 チェック☑ をお願いします。	①診断書の発行は、申込後2～3週間程度かかります。 記載する内容により、更に時間を要することがあります。 ②文書料は申込時にお支払いください。 ③申込後のキャンセルは、返金できません。 ただし、医師の判断により作成できない場合は返金いたします。 ④受取の際は申込書(控)と領収書をご持参ください。 ⑤代理人による申込・受取の場合は「委任状」「代理人の身分証」が必要です。 ⑥完成後の診断書は、申込日から6か月間保管します。期間を過ぎても受取がない場合は、破棄させていただきます。 ⑦郵送をご希望の方は、レターパックに宛先をご記入の上 ご持参ください。	窓口受付時間 平日8:30～17:15 (休診土日祝日・12/29～1/3) 受取は、下記の二次元コードから作成状況をご確認ください。 電話でのお問合せは、下記番号の音声ガイダンスに従い(ナビダイヤル☎)診断書・証明書)ご連絡ください。  診断書作成状況 確認サービス お問合せ先 Tel (0570)09-3111
-------------------------------------	--	---

【申込内容】

☐ 提出先:(勤務先・学校・警察・市役所・裁判所・その他)		¥	通
☐ 院内診断書 証明内容:			
☐ 生命保険診断書 入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日 通院期間 年 月 日 ~ 年 月 日 保険会社名	¥	通	
※診療科が複数の場合は診療科ごとの証明になります。			
☐ 身体障害者診断書 新規・更新・等級変更 (障害)	¥	通	
☐ 指定難病臨床調査個人票 新規・更新	¥	通	
☐ 小児慢性特定疾病医療意見書 新規・更新	¥	通	
☐ 特別児童扶養手当認定診断書	¥	通	
☐ 障害年金診断書 新規・更新 (障害)	¥	通	
☐ 精神障害者福祉手帳 新規・更新	¥	通	
合計		通 ¥	
備考			
		受取方法	窓口 郵送