

診断書・証明書等交付申込書兼同意書

文書料金は申込時にお支払いいただきます

申込日 年 月 日

|                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 右記内容に同意の上、申込とします。内容確認後、<br><input checked="" type="checkbox"/> チェックをお願いします。<br><div></div> | ①診断書の発行は、申込後2～3週間程度かかります。<br>記載内容により、更に時間を要することがあります。<br>②文書料は申込時にお支払いください。<br>③申込後のキャンセルによる、返金はできません。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。<br>④診断書の仕上がりのご連絡は行っておりません。<br>⑤受取の際は申込書(診断書引換書)をご持参ください。<br>⑥代理人による申込の場合は「委任状」「代理人の身分証」「患者さんとの関係が確認できる書類」が必要です。<br>⑦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。<br>⑧郵送をご希望の方は、当院のレターパック発送サービスをご利用の上、診断書窓口でレターパックを購入し、宛先をご記入ください。ご購入後の返金はいたしかねますのでご了承ください。 | 窓口受付時間<br>平日8:30～17:15<br>(休診土日祝日・12/29～1/3)<br>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。<br>電話でのお問い合わせは、下記番号の音声ガイダンスに従い(ナビダイヤル②診断書・証明書)ご連絡ください。<br><div></div><br>診断書作成状況<br>確認サービス<br><div></div><br>お問合せ先 Tel (0570)09-3111 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

※太枠内をご記入ください

|              |                       |
|--------------|-----------------------|
| 診察券番号        | 診療科 科 主治医 医師          |
| ふりがな<br>患者氏名 | 生年月日 (大・昭・平・令 ) 年 月 日 |
| 患者住所<br>連絡先  | 〒<br>TEL              |

【患者さん本人以外が申込される場合、ご記入ください】

委任状・身分証等と、患者さんとの関係が確認できる書類(戸籍謄本・登記事項証明書等)が必要です。

|                |             |
|----------------|-------------|
| ふりがな<br>申込者氏名  | 申込者 〒<br>住所 |
| 代理人・続柄又は所属先( ) | 連絡先 TEL     |

【申込内容】

|                                                                                 |                              |       |                                                     |                  |     |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------|-----------------------------------------------------|------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> 院内診断書                                                  | 提出先:(勤務先・学校・警察・市役所・裁判所・その他 ) | 証明内容: | ¥                                                   | 通                |     |
| <input type="checkbox"/> 生命保険診断書                                                | 入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日           | ¥ 通   | <input type="checkbox"/> 傷病手当金支給申請書                 | 期間 年 月 日 ~ 年 月 日 | ¥ 通 |
|                                                                                 | 年 月 日 ~ 年 月 日                |       |                                                     | 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                                                              |                              |       | <input type="checkbox"/> 労災 ( )号様式                  | 期間 年 月 日 ~ 年 月 日 |     |
| 保険会社名                                                                           |                              |       | <input type="checkbox"/> 自立支援医療 更生医療                | ¥ 通              |     |
|                                                                                 |                              |       | <input type="checkbox"/> 自立支援医療 育成                  | ¥ 通              |     |
|                                                                                 |                              |       | <input type="checkbox"/> 自立支援医療 精神通院 新規・更新          | ¥ 通              |     |
| ※診療科が複数の場合は診療科ごとの証明になります。                                                       |                              |       | <input type="checkbox"/> 身体障害者診断書 新規・更新・等級変更 ( 障害 ) | ¥ 通              |     |
| <input type="checkbox"/> 特定難病臨床調査個人票 新規・更新                                      | 新規・更新                        | ¥ 通   | <input type="checkbox"/> 不妊治療助成証明書                  | ¥ 通              |     |
| <input type="checkbox"/> 小児慢性特定特定疾病医療意見書                                        | 新規・更新                        | ¥ 通   | <input type="checkbox"/> 公安委員会診断書                   | ¥ 通              |     |
| <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当認定診断書                                          |                              | ¥ 通   | <input type="checkbox"/> マッサージ・はり灸意見書               | ¥ 通              |     |
| <input type="checkbox"/> 障害年金診断書                                                |                              | ¥ 通   | <input type="checkbox"/> 自賠責                        | ¥ 通              |     |
| <input type="checkbox"/> 精神障害者福祉手帳 新規・更新                                        |                              | ¥ 通   | <input type="checkbox"/> 医療照会                       | ¥ 通              |     |
|                                                                                 |                              |       | <input type="checkbox"/> その他                        | ¥ 通              |     |
| <input type="checkbox"/> レターパックプラス ¥900 <input type="checkbox"/> レターパックライト ¥700 |                              |       | 合計 通 ¥                                              |                  |     |
| 備考                                                                              |                              |       |                                                     |                  |     |
| 受取方法 窓口 郵送                                                                      |                              |       |                                                     |                  |     |