

診断書等文書申込書兼同意書

※文書完成には原則としてお申込より2-3週間のお時間を頂いております。

外来・入院	病棟	申込日	年	月	日
フリガナ					
患者様氏名			診察券番号 (ID番号)		
生年月日	明・大 昭・平	年	月	日生	主治医 医師

必要な文書に☑を入れて下さい。①～④及び⑪⑫については必要事項をご記入下さい。

診断書の種類	金額(税込み)
<input type="checkbox"/> ① 当院様式の診断書 (原則、診察時医師に要相談) ■記載依頼項目：病名・初診日・入院期間・治療期間 ■提出先：職場・学校・警察・その他()	2,200円
<input type="checkbox"/> ② 傷病手当金支給申請書 (証明期間 年 月 日～ 年 月 日)	保険適用100点～
<input type="checkbox"/> ③ 障害年金診断書 (新規・更新), 特別児童扶養手当診断書	5,500円
<input type="checkbox"/> ④ 保険会社等診断書 (証明期間 年 月 日～ 年 月 日)	5,500円
<input type="checkbox"/> ⑤ 精神障害者保健福祉手帳診断書	5,500円
<input type="checkbox"/> ⑥ 自立支援医療(精神通院医療)診断書	3,300円
<input type="checkbox"/> ⑦ 受診状況等証明書	3,300円
<input type="checkbox"/> ⑧ ハローワーク提出用 主治医意見書	2,200円
<input type="checkbox"/> ⑨ 施設入所の為の診断書	5,500円
<input type="checkbox"/> ⑩ 公安委員会提出用(運転免許更新に関する書類)	3,300円
<input type="checkbox"/> ⑪ 紹介状(情報提供書):宛先 《 》	保険適用100点～
<input type="checkbox"/> ⑫ その他 ()	
備考	

受取・支払い	<input type="checkbox"/> 来院時に窓口で受取り	平日の9-16時にお越しください
	<input type="checkbox"/> 郵送希望 返信用封筒に宛名記入	文書料及び郵送手数料(200円)お支払いの上申し込みして下さい ※郵便事故等の責任は負えません
	<input type="checkbox"/> 入院中につき、日用品費より支払い希望	

※必要な方のみ→ 出来上がり時連絡希望 (ただし、連絡するのは一度のみです。留守電はトラブル防止の為残しません。)

上記内容に同意し、文書を依頼します。

申込者		患者様との関係	本人・配偶者・父・母 その他()
連絡先(TEL)			

医療法人達磨会 東加古川病院
医事課 書類係 TEL 079-424-2983

受付印
