

文書申込書兼同意書

申込日	年 月 日	＜ 外来・入院 病棟 ＞	
フリガナ		診察券番号 (ID番号)	
患者様氏名			
生年月日	大・昭 平・令	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 / 現在入院中)	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 ※検査が必要な場合は検査費用は自費となります。	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(診療情報提供書):宛先《 》 ※ 宛先が決まってない場合は保険適用にならない為自費で2,750円となります	保険適用250点～
<input type="checkbox"/> ⑫ その他 ()	
備考	

※文書完成には原則としてお申込日より2-3週間のお時間を頂いております。

受取・支払い	<input type="checkbox"/> 来院時に窓口で受取り	<input type="checkbox"/> 受診の時に受取り	<input type="checkbox"/> 出来上がり時連絡希望 ・ 受診日より早く受取希望の方・予約のない方 ・ 連絡するのは一度のみ。留守電はトラブル防止の為残しません
	<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(330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。出来上がり時の連絡は出来ません。	
	<input type="checkbox"/> 入院中につき、日用品費より支払い希望		

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)			

受付印

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