【様式１】

診断書等申込書・引換書

Ｈ Ｐ 用

年　　月　　日

フ リ ガ ナ		患 者 番 号	
患 者 氏 名			
生 年 月 日	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日	性別	男 ・ 女
患 者 住 所 （診断書の記載住所）	〒		
診 療 科		担 当 医 （主 治 医）	Dr.
受 取 者	①　本人　　②　家族（　　） ③　その他（　　） ・ 受け渡しの際、引換書・本人等を確認できるもの（運転免許証等）をご持参ください（お忘れになると、お渡しできません）。 ・患者ご本人以外（ご家族を含む）の方は、**本人の受取者への委任状と受取者の本人確認ができるもの**が必要となります。		
フ リ ガ ナ		患者本人でない場合	本人との関係 （　　）
申 込 者 氏 名			
申 込 者 住 所	〒		
受取者連絡先	電話①	電話②	
	★本人不在時 家族等に伝言：否・可（　　）		
□ 入 院 期 間	①　　年　　月　　日～　　年　　月　　日		
	②　　年　　月　　日～　　年　　月　　日		
□ 外来通院期間 □ 該当期間	年　　月　　日～　　年　　月　　日		

依頼文書	1.　生命保険･簡易保険診断書	@4,400円	通	円	11052
	2.　普通診断書（当院用）	@2,200円	通	円	11056
	3.　死亡診断書（当院用）	@2,200円	通	円	11058
	4.　臨床調査個人票	@2,200円	通	円	11011
	5.　小児特定疾病	@2,200円	通	円	11012
	6.　障害年金診断書	@3,300円	通	円	11053
	7.　傷病手当金意見書	@　100点	通	円	880060
	8.　身体障害者手帳診断書	@2,200円	通	円	11059
	9.　労災休業証明書8号･16号の6	保険請求	通	円	13013
	10.　訪問看護指示書	@　300点	通	円	150009
	11.その他（　　）		通	円	
	合　　計		通	円	

記載希望欄 （自由記載欄） 備　　考	□日帰り手術分の記載、□会社提出用、□警察提出用　など 保険証・手帳・免許証・マイナンバーカード・その他（　　）	受付者：