

診断書・証明書 申込書

申込日：令和 年 月 日

- 患者氏名 (ID) : 氏名 (ID -)
- 依頼者氏名 : (続柄:)
- 電話番号 :
- 依頼診療科・医師名 : () 科 () 医師
- 申し込み書類種別 : 下表にて希望書類の枚数、その他必要事項 (証明期間、記載内容等) を記入してください

書類種別	希望枚数	価格(税込)
1 普通診断書 (院内書式)	通	¥4,400
※必要な記載事項		
☐ 病名・病状 ☐ 投薬内容等 ☐ 入院見込期間		
☐ 療養を要する期間 ☐ 職務復帰見込み		
☐ その他 ()		
2 診断書 (院外書式) ・ 証明書	通	¥4,400
※名称 ()		
3 生命保険関係診断書 (入退院・通院)	通	¥5,500
生命保険関係診断書 (その他)	通	¥5,500
入院 (退院) 証明書 (院内書式)	通	¥3,300
通院証明書 (院内書式)	通	¥3,300
※入院期間		
年 月 日 より		
年 月 日 まで		
※通院期間		
年 月 日 より		
年 月 日 まで		
4 厚生年金等年金関係診断書	通	¥5,500
5 臨床調査個人票 (特定疾患・新規)	通	¥5,500
臨床調査個人票 (特定疾患・更新)	通	¥4,400
※難病疾患名 ()		
・ 出生市区町村		
・ 出生時氏名 (変更ある場合)		
・ 出生時氏名かな		
・ 介護認定 ☐ 要介護 ☐ 要支援 ☐ なし		
・ 要介護度 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5		
・ 身体障害者手帳		
・ 療育手帳		
・ 精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳) ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5		
6 身体障害認定診断書	通	¥5,500
7 更生・育成医療申請診断書	通	¥3,300

書類種別	希望枚数	価格(税込)
8 おむつ使用証明書	通	¥1,100
9 自動車損害賠償責任保険診断書	通	¥5,500
10 医療費支払証明書	通	¥2,200
11 その他	通	¥
※名称 ()		

保険請求分

書類種別	希望枚数
1 傷病手当意見書 100点	通
※期間	
年 月 日 より	
年 月 日 まで	
2 療養費同意書(マッサージ 等) 100点	通
3 診療情報提供書 250点	通
※紹介先 ()	

備考

上記の内容で申し込みいたします。(署名)

【以下事務連絡欄】 -----

* 患者様へは受取り希望日のご希望に添えない場合がある旨をお伝えしています。

* 5.臨床調査個人票については、電子カルテの文書連携にて作成をお願いします。

様式がない場合は医事室へご連絡下さい。

お忙しいところ申し訳ございませんが、ご記入をお願い致します。

受付者

内線