

診断書等申込書兼引換書

年 月 日

フリガナ		患者番号	
患者氏名		主治医	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	診療科	科
住所	〒 ー	電話番号(日中ご連絡の取れる番号をご記入下さい) 自宅・携帯・勤務先・その他 ()	

※患者ご本人様以外のお申込みの場合、お申込者欄もご記入下さい。別途、委任状が必要となります。
(但し、患者本人が18歳未満のお子様で、保護者が申込みの場合、委任状不要です)

フリガナ		続柄		電話番号(日中ご連絡の取れる番号をご記入下さい)
申込者氏名				()

[確認書類] 本人: ☐ 診察券 ☐ 案内票 ☐ リストバンド / 本人以外: ☐ 運転免許証 ☐ 健康保険証 ☐ マイナンバーカード ☐ その他()
[委任状: ☐ 要 ☐ 不要] [+: ☐ 戸籍謄本・除籍謄本 ☐ 身分証] 医師の了承 済 ・ 未

診断書の種類	部数	金額(税込)	証明期間等
☐ 生命保険診断書 通院証明 ☐ 要 ☐ 不要		6,600円	入院 年 月 日 ~ 年 月 日
			入院 年 月 日 ~ 年 月 日
			入院 年 月 日 ~ 年 月 日
			通院 年 月 日 ~ 年 月 日
			労務不能 年 月 日 ~ 年 月 日
☐ 傷病手当金請求書		保険負担額 円	労務不能証明期間 年 月 日 ~ 年 月 日
☐ 労災 (号)		0円(書類による)	証明期間 年 月 日 ~ 年 月 日
☐ 当院書式一般診断書		3,300円	別紙記入
☐ 身体障害者診断書・意見書		6,600円	☐ 新規 ☐ 更新
☐ 臨床調査個人票		3,300円	☐ 新規 ☐ 更新
☐ 障害年金診断書		6,600円	
☐ 学校生活管理表		250点	
☐		円	
☐		円	
☐		円	
合計	通		

[お受け取り方法]

☐ 来院(文書受付窓口)

☐ 郵送(レターパック代430円)

受渡し(出来上がり)予定日 月 日

● 診断書、証明書の作成には約3週間かかりますので、ご了承願います。
● 来院受取の方は、受渡し予定日が近づきましたら、お電話又は窓口で書類の出来上がりを
ご確認下さい。病院から書類完成のご連絡はしておりませんのでご了承下さい。
● お受取りの際は、必ず「本引換書」と「身分証」をお持ち下さい。
申込者とは別の代理人がお受取りの際は、別途「委任状」が必要です。
● 書類の記載にあたって、改めて医師の診察や検査が必要な場合がございます。
● 文書の保管期間は、作成完了から1年間です。保管期間を過ぎた文書は、お支払いの
有無に関わらず、お渡しできなくなりますので予めご了承下さい。

[窓口受取時使用欄]	お受取り日	受取り者氏名
	月 日	(続柄)
身分証明書: ☐ 運転免許証 ☐ マイナンバー ☐ 健康保険証 ☐ その他()		

社会福祉法人 同愛記念病院 Tel 0570-200678(ナビダイヤル④)
文書受付時間 平日 8:30~17:00 土 8:30~12:30

依頼医師

(点線以下は病院記入欄)

先生 【 科 】

備考

文書受付 内線6495	依頼	受取
/	/	/

文書料 ☐ 済 ☐ 未 ☐ なし

☐ 病院用 ☐ 患者控え用