

右詰でマスをずつご記載ください。 ↓

診察券番号		診療科名	
フリガナ 患者氏名	(大・昭・平・令 年 月 日生)	担当 医師	
申込者氏名 (代理人)	続柄 ()	<input type="checkbox"/> 窓口受取	<input type="checkbox"/> 郵送受取
問合せ先	①電話番号 氏名 続柄()	<input type="checkbox"/> 病棟受取 ()	
	②電話番号 氏名 続柄()	※受取の際は、申込書の控えが必要です。 ※郵送による紛失について当院では、一切の責任を負いかねます。 ※レターパックは、郵便局にてご購入下さい。 追跡番号は、お申込者にて保管管理をお願いします。	

申込者にて
 全て読んで頂いたら
 チェック
 お願いします。

①お申込後、医師の判断等で記載が出来ない場合もありますのでご了承願います。
 ②文書お渡しまで、お申込後4~5週間程度かかりますのでご了承願います。
 ③申込・受取の場合は、「身分証」が必要です。
 ④代理人による申込・受取の場合は、「委任状」「代理人の身分証」が必要です。
 ⑤原則、お申し込み後のキャンセルはお受けできませんのでご了承願います。
 ⑥原則、文書料金は、お申し込み時に前払いとなります。
 ⑦文書完成の連絡は、控えさせていただきますのでご了承願います。

問合せ先
TEL:059-232-1111(代表)
 (平日 午前8:30~午後5:00)

・申込手続きに関すること 内線:5745
 ・進捗に関すること 内線:4422
 ・診断書等の記載内容に関すること 内線:5248

詳しくは、ホームページをご覧ください。

書類種別	依頼枚数	詳細
<input type="checkbox"/> 普通診断書(本院所定様式) 医師の了承: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ¥3,300	通	提出先: 使用理由: 記載内容: <input type="checkbox"/> 病名 <input type="checkbox"/> 入院期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 自宅療養 (年 月 日 ~ 年 月 日) その他記載内容:
<input type="checkbox"/> 生命保険会社宛での提出書類 (生命保険等診断書) (介護保障用診断書) (死亡証明書) (後遺障害診断書) ¥9,900	通	<input type="checkbox"/> 入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日 (回数) 放射線治療: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 化学療法: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 通院期間 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> がん証明(<input type="checkbox"/> 検査結果報告済) <input type="checkbox"/> 手術証明 (年 月 日)
<input type="checkbox"/> 傷病手当意見交付書	通	証明期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日
<input type="checkbox"/> 難病・特定疾患 臨床調査個人票 ¥5,830	通	<input type="checkbox"/> 基本情報を提出用紙に記入済み <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新
<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療意見書	通	<input type="checkbox"/> 基本情報を提出用紙に記入済み <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新
<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 医師の了承: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	通	提出先: (県 市) 病院名等: 診療科: 使用理由:
<input type="checkbox"/> 身体障害者診断書・意見書 ¥5,830	通	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 ※新規申請は医師の了承が必要です (了承した医師名:)
<input type="checkbox"/> 障害年金診断書 ¥6,600 ¥5,830	通	証明期間: ()月の現症 / ()年()月頃から3ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 ※新規申請は医師の了承が必要です (了承した医師名:)
<input type="checkbox"/> 不妊治療助成証明書 ※薬の証明も必要な場合は 薬局の領収書、証明書を提出	通	証明期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 申請回数: 回目 先進医療実施日: 年 月 日 <input type="checkbox"/> 夫の氏名、生年月日、妻の氏名、生年月日を提出用紙に記入済み
<input type="checkbox"/> 訪問看護指示書	通	施設名: 指示期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5)
<input type="checkbox"/> その他 ()	通	提出先: 使用理由:
事務記載欄	合計	通

保険証 運転免許証 マイナ 入院中リストバンド 本人同伴 診情加算(退院月・翌月)説明済 受取希望日への説明・了承済
 その他 ()