（患者用）

診断書等作成申込書

受付者

右詰で一マスずつご記載ください。 ↓

申込日　　年　　月　　日

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（　　）	受取方法	
問合せ先	いずれかにチェックお願いします。 ☐患者本人 ☐申込者（代理人） ☐上記以外：続柄（　　）氏名（　　） 電話番号		

受取方法		
窓口受取	☐患者本人 ☐申込者（代理人） ☐上記以外	※受取の際は以下が必要です。 ・申込書の控え ・受取される方の身分証 ・代理の方の場合は委任状
郵送受取	☐ 普通郵便 ☐ レターパックライト	※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。 ※レターパックライトについて ・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お願いします。
病棟	☐（　　）	

申込者にてチェック☑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発行までの日数は、お申し込み後**4～5週間程度**かかりますのでご了承願います。
		③書類によっては、後日、お問い合わせさせていただく場合があります。
		④代理人による申込・受取の場合は、「委任状」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。

お問い合わせ先：医事課　診療管理係
TEL：059-232-1111（代表）
（平日　午前8:30～午後5:00）

	書類種別	依頼枚数	詳細
☐	普通診断書（本院所定様式） ¥2,200	通	提出先：　使用理由： 記載内容：
☐	生命保険会社宛ての提出書類 （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） ¥6,600	通	☐ がん病名証明　☐ 手術日（平・令　年　月　日） ☐ 通院証明　平・令　年　月　日　～　平・令　年　月　日 平・令　年　月　日　～　平・令　年　月　日 ☐ 入院証明　平・令　年　月　日　～　平・令　年　月　日 平・令　年　月　日　～　平・令　年　月　日 ※入院期間を区切る場合は、各々の期間を記入してください
☐	傷病手当意見交付書	通	証明期間：平・令　年　月　日　～　平・令　年　月　日 平・令　年　月　日　～　平・令　年　月　日
☐	難病・特定疾患 臨床調査個人票 ¥3,850	通	☐ 基本情報を提出用紙に記入済み　☐新規　☐更新
☐	小児慢性特定疾病医療意見書	通	☐ 基本情報を提出用紙に記入済み　☐新規　☐更新
☐	診療情報提供書	通	医師の了承：　☐ 有　☐ 無 提出先：（　県　市）病院名等：　診療科： 使用理由：
☐	身体障害者診断書・意見書 ¥3,850	通	☐ 新規　☐ 更新 ※新規申請は医師の了承が必要です（了承した医師名：　）
☐	障害年金診断書 ¥4,400	通	証明期間：（　）月の現症 ／ 平・令（　）年（　）月頃から3ヶ月以内 ☐ 新規　☐ 更新 ※新規申請は医師の了承が必要です（了承した医師名：　）
☐	不妊治療助成証明書 ¥3,850 ※ 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：平・令　年　月　日　～　平・令　年　月　日 申請回数：　回目　先進医療実施日：平・令　年　月　日 ☐ 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
☐	訪問看護指示書	通	施設名： 指示期間：平・令　年　月　日　～　平・令　年　月　日 ☐ 要支援（1・2）　☐ 要介護（1・2・3・4・5）
☐	その他 （　）	通	提出先： 使用理由：
	合計	通	

事務記載欄

☐マイナンバー確認済　☐入院中リストバンド確認済　☐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