年　　月　　日

診 断 書 等 申 込 用 紙

診察券番号		
患者氏名		□入院中　□外来通院中
住　　所	〒　　－	
証明期間等	□入院分	科　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日
		科　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日
	□外来分	科　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日
診断書等種類	□ 病院所定診断書（　　通）1通 5,500円	□ 生命保険用診断書（　　通）1通 11,000円
	□ 出生届（　　通）1通 5,500円	
	□ 死亡診断書（　　通）1通 4,400円	□ 年金診断書（　　通）1通 11,000円
	□ 死亡診断書（保険会社用）（　　通）1通 11,000円	
	□ 傷病手当（　　通）100点（保険適用）	□ 訪問看護指示書（　　通）300点（保険適用）
	□ 外国語診断書（　　通）1通 11,000円	
	□ 自立支援医療用診断書（　　通）1通 3,300円	□ 精神保健福祉手帳用診断書（　　通）1通 7,700円
	□ その他の文書（　　通）1通 11,000円	
	以下の診断書を <u>はじめて</u> 申請する方は、<u>医療そうだん窓口</u>でお申し込みください。	
	□ 障害者手帳（　　通）1通 11,000円	□ 特定疾患指定難病（　　通）1通 5,500円
	□ 小児慢性（　　通）250点（保険適用）※下記にもご記入ください	
	合計　　通	
	申込内容を確認し、費用の支払いに同意します。	

●小児慢性更新（医療意見書）の申し込みの場合は、下記の項目を記入してください。

・出生都道府県 ：[　　]　・母の生年月日 ：[　　年　　月　　日]

・出生体重：[　　g]

・出生週数：[　　週]

・出生時の住民登録した場所：[　　都・道・府・県　　市・町・村]

・就学・就労状況：[　　]

・各種手帳の取得状況：[　　]

※　小児慢性更新の場合で医療意見書の用紙をお持ちでない方は、受給者証に記載されている疾病名を記入してください。

疾病名　：　[　　]

※　裏面にも記載があります。

申込者名	□ 本人　□ その他（ 氏名：　　続柄：　　） ※ 第三者様からの依頼の場合は「**委任状**」が必要となります。
受取者名	□ 本人　□ その他（　　）
連絡	□ 連絡不要 □ 連絡要　連絡先 □ 自宅・携帯 [　　] □ 職場・その他 [　　] □ 病棟（入院中）　東　　階 ／ 西　　階 ／ 先　　階 留守電へのメッセージ　可　・　不可 ・複数枚申込みの場合　□ 全部出来てから連絡　□ 出来た順に連絡
	※1 連絡先は確実につながる番号の記入をお願いします。 ※2 完成後は確認のためお渡しは翌日以降の平日になります。ご理解の程よろしくお願いいたします。
引渡方法	□ **申込者都合でのキャンセルの場合、返金はいたしません。** ※ 事前に提出先へご確認の上、お申し込み下さい。 □ 診断書窓口　□ 書留郵送（手数料：1,570円） □ 封筒持参（切手貼付済）　□ レターパック持参　□ スマートレター持参 □ 病棟 ※　東　　階 ／ 西　　階 ／ 先　　階 □ **郵送(手数料1,570円)**をご希望の場合、お預かりした診断書は、**「一般書留郵便」**にて送付致します。 なお、郵送希望でお申し込み後は、**申込者都合による院内でのお受け取りへの変更はできません**のでご注意ください。 □ **郵送(封筒持参(切手貼付済))**　**封筒に切手を貼付し、確実に届く宛先の記入**をお願い致します。 ※**診断書窓口のみでの受付**となります　⇒患者さんもしくは申込者の氏名をご記入ください ※参考　定型郵便：A4サイズ8枚まで110円切手（封筒の厚さにより多少異なります） □ **レターパック・スマートレター持参**　**確実に届く宛先の記入**をお願い致します。 ⇒患者さんもしくは申込者の氏名をご記入ください　※**診断書窓口のみでの受付**となります **上記手続き及び料金について、確認・同意しました。** Signature 署名（直筆） **※作成までお時間を頂いておりますが、入院中の患者さんで退院までの引渡ご希望の場合は直接病棟までご相談ください。**
備考	
（病院使用欄）	□システム登録済み　□システム対応外

※問い合わせ先
医事課外来係　診断書窓口
Tel:022-717-7091