

# 診断書、証明書等の交付申請書（院長証明）

年 月 日

患者番号	□ □ □ □ □ □ □ □		
患者氏名	※ 申込者 氏名・続柄		続柄 ( )
住所			
連絡先	自宅電話( )	—	携帯電話 — —
病棟 診療科	病棟	科	主治医
入院 証明期間	平成・令和 年 月 日～ 月 日	外 来 証明期間	平成・令和 年 月 日～ 月 日
	平成・令和 年 月 日～ 月 日		平成・令和 年 月 日～ 月 日

※ 患者氏名と申込者が異なる場合にご記入下さい。

ご希望書類の□にレ印をお付けください。書類(お持ちの場合)と診察券を添えて、受付窓口にお出し下さい。

証明書等の名称	通 数	金額(税込)
<input type="checkbox"/> 入院証明書	通	1100円
<input type="checkbox"/> 通院証明書	通	1100円
<input type="checkbox"/> 自動車税通院証明書	通	1100円
<input type="checkbox"/> 領収証明書	通	1100円
<input type="checkbox"/> 移送(通院日)証明書	通	無 料
<input type="checkbox"/> 医療等状況書	通	無 料
<input type="checkbox"/> 乳幼児医療費助成申請書	通	無 料
<input type="checkbox"/> 医療補助金請求書	通	無 料
<input type="checkbox"/> 妊婦及び乳幼児健康診査費助成申請書	通	無 料
<input type="checkbox"/> 一般不妊治療医療機関受診等証明書	通	無 料
<input type="checkbox"/> 特疾、小児特疾治療研究費支給申請書	通	無 料
<input type="checkbox"/> 肝炎インターフェロン治療費交付申請書	通	無 料
<input type="checkbox"/> その他( )	通	
<input type="checkbox"/>	通	
<input type="checkbox"/>	通	

備 考
-----

<p>受領欄</p> <p>上記とおり申請した書類を受け取りました。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所 _____</p> <p>氏 名 _____</p>
--