

# 診断書、証明書等の交付申請書（医師証明）

年 月 日

診察券番号	□□□□□-□□		
フリガナ		フリガナ	
患者氏名		申込者 氏名・続柄	続柄 ( )
生年月日	(T・S・H・R) 年 月 日		
住所			
連絡先	自宅電話( ) - 携帯電話 -		
	・自宅優先(家人への伝言 可・不可) ・携帯優先 ・その他希望( )		
診療科	科	主治医	
入院 証明期間	① 年 月 日～ 月 日	通院 証明期間	要 ・ 不要
	② 年 月 日～ 月 日		年 月 日～ 月 日
(その他特記事項)			

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。

診断書、証明書等の名称	通数	金額(税込)
<input type="checkbox"/> 生命保険、損害保険関係証明書(保険会社名: )	通	5500円
<input type="checkbox"/> 病院所定診断書(労災申請用・職場用・警察用・その他( ))	通	3300円
<input type="checkbox"/> 難病 臨床調査個人票	通	3300円
<input type="checkbox"/> 肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書	通	3300円
<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患・臨床調査個人票	通	3300円
<input type="checkbox"/> 傷病手当金支給申請書	通	保険請求(100点)
<input type="checkbox"/> 身体障害者診断書・意見書	通	5500円
<input type="checkbox"/> 障害年金診断書(厚生・国民・船員)	通	4400円
<input type="checkbox"/> 出産手当金請求書	通	2200円
<input type="checkbox"/> 労災関係証明書(様式: )	通	4000円
<input type="checkbox"/> 死亡診断書(検案)書(再交付)	通	3300円
<input type="checkbox"/> 自賠責診断書(明細書)	通	4400円(3300円)
<input type="checkbox"/> 訪問看護指示書	通	保険請求(300点)
<input type="checkbox"/> その他( )	通	

## 受領欄

上記とおり申請した書類を受け取りました。

年 月 日

住 所

氏 名