

# 診断書申込書・同意書

太枠内をご記入ください。

申込日	年 月 日		
患者氏名	患者ID ( )		
	ふりがな		
生年月日	大正・昭和 平成	年 月 日	
連絡先TEL	- -		
受取方法	郵送 (レターパック 520円) ・ 来院		

## ■依頼診療科

総合内科、血液内科、糖尿病内科、腎臓内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、脳神経内科
外科、呼吸器外科、心臓血管外科、血管外科、整形外科、脳神経外科、形成外科、泌尿器科、婦人科
眼科、耳鼻咽喉科・頭頸部外科、皮膚科、精神科、麻酔科、放射線科、 ( )

## ■証明期間

入院 ・ 通院	外来手術	その他 ( )
次回入院予約	なし ・ あり ( )	

期間①	年 月 日 ~	年 月 日	担当医:
期間②	年 月 日 ~	年 月 日	担当医:

## ■料金表 (円) ※ただし点数表示されているものは、保険診療割合による金額となります

診断書名	料金	枚数	診断書名	料金	枚数
生命保険 診断書	7,700		労災休業補償	-	
生命保険 文書照会	7,700		労災診断書 (アフターケア・打ち切り)	4,000	
傷病手当金支給申請書	(100点)		自動車損害賠償診断書・証明書	7,700	
一般診断書 (当院様式)	3,300		自動車損害賠償明細書	5,500	
公安委員会提出用診断書	5,500		警察・裁判所関係診断書	7,700	
休業診断書	5,500		死亡診断書 (2通目)	2,200	
職業安定所用診断書	7,700		その他		

※下記の診断書につきましては、確認事項がありますので各科受付へ行っていただく場合があります。

身体障害者診断書 新規	5,500		障害年金関係診断書 新規	7,700	
身体障害者診断書 再認定	5,500		障害年金関係診断書 更新	7,700	
指定難病臨床調査個人票 新規	5,500		受診状況等証明書	7,700	
指定難病臨床調査個人票 更新	5,500		肝炎治療受給者証交付申請書 新規	5,500	
精神障害者保健福祉手帳用 新規	5,500		肝炎治療受給者証交付申請書 更新	5,500	
精神障害者保健福祉手帳用 更新	5,500		肝炎診断書・調査票	5,500	
通院医療費公費負担用 新規	5,500		小児慢性特定疾患医療意見書 新規	5,500	
通院医療費公費負担用 更新	5,500		小児慢性特定疾患医療意見書 更新	5,500	

郵送料(レターパック)	520
-------------	-----

上記金額を了承の上、診断書作成を依頼します。

年 月 日

患者または代理人氏名 \_\_\_\_\_ 患者との続柄 ( )

(病棟クラーク記入欄 郵送文書: 有 ・ 無)