

# 診断書・証明書等申込書

申込年月日 年 月 日

診察券番号

ふりがな

患者氏名

患者住所

生年月日 1. 明治 3. 昭和 2. 大正 4. 平成 年 月 日 男 女

申込者 本人・親・兄弟・配偶者・子  
(患者様との 関係) 他( )

申込者氏名

患者本人渡し(可・不可) ※不可時要理由

お渡し方法(ご希望のお渡し方法の□に✓をいれてください)

- 電話連絡 連絡先①( - - ) 連絡先②( - - )  
連絡先①のご関係( ) 連絡先②のご関係( )
- 次回受診日( 日 日)

担当医

## 申込書 見本

- |   |               |      |
|---|---------------|------|
| <input type="checkbox"/> 普通診断書(書式 有・無)                | 1通につき、5,500円  | 通    |
| <input type="checkbox"/> 生命保険関係診断書 (期間 ~ )            | 1通につき、11,000円 | 通    |
| <input type="checkbox"/> 自立支援医療費用診断書(精神通院) 有効期間( 月 日) | 1通につき、3,300円  | 通    |
| <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳用診断書 有効期間( 月 日)   | 1通につき、11,000円 | 通    |
| <input type="checkbox"/> 年金裁定用診断書                     | 1通につき、11,000円 | 通    |
| <input type="checkbox"/> 成年後見人裁定用診断書                  | 1通につき、11,000円 | 通    |
| <input type="checkbox"/> 各種証明書                        | 1通につき、3,300円  | 通    |
| <input type="checkbox"/> 各特殊診断書                       | 1通につき、11,000円 | 通    |
| <input type="checkbox"/> 傷病手当金請求書 (期間 ~ )             |               | 通    |
| <input type="checkbox"/> 医師意見書(障害者自立支援法)              | 市・町・村 月 日まで   | 通    |
| <input type="checkbox"/> 主治医意見書(介護保険)                 | 市・町・村 月 日まで   | 通    |
| <input type="checkbox"/> 医療機関あて紹介状(病院名: )             |               |      |
| 受診科・主治医名  | 科             | 先生 通 |
| <input type="checkbox"/> 精神科訪問看護指示書 (期間 ~ )           |               | 通    |
| <input type="checkbox"/> その他紹介状(提出先: )                |               | 通    |
| <input type="checkbox"/> その他(提出先・内容等 )                |               | 通    |

- (注) 1. 作成までに2~3週間程度の期間を要します。尚、担当医の都合により日数を頂く場合もございます。  
2. 作成後係の者が電話連絡致します。(申込書の控えが必要な方はお申し出ください。)  
3. 書類お渡し時間 平日9:00から16:00(日・祝日を除く)  
4. 書類のお受取りには診察券が必要になります。  
診察券をお持ちでない場合は保険証等を確認させていただく場合もございますのでご了承ください。  
5. 依頼医師を変更させていただく場合がございます。

## 印刷使用 不可