

診断書・証明書等申込書

○申込時記入欄 (太枠の中を記入してください。)

申込日	令和 年 月 日	(患者 ID :)	
フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令
患者氏名		年 月 日生	
患者住所	〒 ()		電話番号 ()

※患者さまと申込者が異なる場合は、こちらの欄もご記入ください。

フリガナ		続柄	<input type="checkbox"/> 同居の家族
申込者氏名			<input type="checkbox"/> 同居の家族以外
申込者住所 (連絡先)	〒 ()		電話番号 ()

受け取り方法	<input type="checkbox"/> 来院	診断書等が完成次第、ご連絡いたします。連絡先を指定してください。 <input type="checkbox"/> 患者電話番号 <input type="checkbox"/> 申込者電話番号 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 郵送	430 円 (レターパックライト代) が別途かかります。郵送先を指定してください。 <input type="checkbox"/> 患者住所 <input type="checkbox"/> 申込者住所 <input type="checkbox"/> その他 ()

診断書の種類	証明期間	料金 (税込)	必要数
<input type="checkbox"/> 診断書 (当院様式)	年 月 日～ 年 月 日 ・依頼項目: <input type="checkbox"/> 病名 <input type="checkbox"/> 初診日 <input type="checkbox"/> 手術名 <input type="checkbox"/> 入院期間 <input type="checkbox"/> 治療期間 <input type="checkbox"/> その他 () ・使用目的: <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> その他 ()	2,200 円	通
<input type="checkbox"/> 年金診断書 (持込用紙)	年 月 日～ 年 月 日	6,600 円	通
<input type="checkbox"/> 生命保険診断書 (入院・手術等証明書) (当院様式)	年 月 日～ 年 月 日	6,600 円	通
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳交付申請用診断書意見書 (持込用紙)	年 月 日～ 年 月 日	6,600 円	通
<input type="checkbox"/> その他 []	年 月 日～ 年 月 日	円	通
申込件数	件	合計金額 円	支払い <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 (円)
本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()	委任状 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	

○受け渡し時記入欄

受領日	令和 年 月 日
受領確認サイン	続柄 ()
受付担当	

※病院処理欄

受付	内容確認	依頼 Dr	完成確認	スキャン	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> TEL	TEL
/	/	/	/	/	済・不在	済・不在