

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	☐ 同居の家族
申込者氏名			☐ 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	☐ 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。 ☐ 患者電話番号 ☐ 申込者電話番号 ☐ その他 ()
	☐ 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。 ☐ 患者住所 ☐ 申込者住所 ☐ その他 ()

診断書の種類	証明期間	料金（税込）	必要数
☐ 診断書（当院様式）	年 月 日～ 年 月 日	3,300 円	通
	・依頼項目： ☐ 病名 ☐ 初診日 ☐ 手術名 ☐ 入院期間 ☐ 治療期間 ☐ その他 () ・使用目的： ☐ 勤務先 ☐ 警察 ☐ 学校 ☐ その他 ()		
☐ 年金診断書（持込用紙）	年 月 日～ 年 月 日	6,600 円	通
☐ 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
☐ 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
☐ その他 []	年 月 日～ 年 月 日	円	通
申込 件数	件	合計 金額 円	支払い ☐ 済 ☐ 未 (円)
本人 確認	☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ 資格証明書 ☐ その他 ()		委任状 ☐ 不要 ☐ 済 ☐ 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	☐ 郵送 ☐ TEL	TEL
/	/	/	/	/	済・不在	済・不在