

## 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	510 円 (レターパック代) 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"/> 病院様式の診断書	年 月 日～ 年 月 日	2,160 円	通
	・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 ( )		
<input type="checkbox"/> 年金診断書	年 月 日～ 年 月 日	5,400 円	通
<input type="checkbox"/> 保険会社等の診断書	年 月 日～ 年 月 日	5,400 円	通
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳交付 申請用診断書・意見書	年 月 日～ 年 月 日	5,400 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

受領年月日	令和 年 月 日
受領確認 (サイン)	続柄 ( )
受付担当者	

※病院処理欄

受付	内容 確認	依頼 Dr	完成	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> TEL	TEL
/	/	/	/	済・不在	済・不在