

新潟市民病院 診断書・証明書等申込書

※太枠の中をご記入ください

申込日 年 月 日

診療券番号	- -	科	担当医	医師	
フリガナ		生年月日	大・昭 平・令	年 月 日	
患者氏名					
患者住所	〒 -	電話番号：自宅	携帯		
フリガナ			患者さんとの関係		
申込者氏名 (患者本人以外)	電話番号：自宅	携帯	配偶者・親・子	その他 ()	
受取方法	<input type="checkbox"/> 来院受取： 電話連絡先 <input type="checkbox"/> 患者宅 <input type="checkbox"/> 申込者宅 家族への伝言 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 患者携帯 <input type="checkbox"/> 申込者携帯 <input type="checkbox"/> その他 () 留守電 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可				
	<input type="checkbox"/> 郵送受取： 宛先 <input type="checkbox"/> 患者住所 <input type="checkbox"/> その他 () ※郵送用の封筒、切手をご用意ください（通常84円、書類が複数枚の場合は94円）。				
【証明期間】					
入院・外来	①	年 月 日	～	年 月 日	
入院・外来	②	年 月 日	～	年 月 日	
入院・外来	③	年 月 日	～	年 月 日	
病院様式の診断書・ 証明書をご希望の方	記載が必要な項目と提出先にチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 診断名 <input type="checkbox"/> 手術名 <input type="checkbox"/> 入院期間 <input type="checkbox"/> 自宅療養期間 <input type="checkbox"/> その他 () 提出先 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> その他 ()				
申込文書名	料金	部数	申込文書名	料金	部数
診断書・証明書(保険会社提出用) (保険会社名)	¥5,500 ×		身体障害者診断書・意見書 (障害用)	¥3,300 ×	
通院証明(保険会社提出用) (保険会社名)	¥1,100 ×		特定・小児慢性特定疾病診断書(新規・更新)	¥3,300 ×	
			難病等情報提供書(月～ 月)	×	
診断書・証明書(病院様式)	¥3,300 ×		医療等の状況(年 月分)	×	
(記載内容により金額が異なります)	¥1,100 ×		自賠責診断書・明細書	¥7,700 ×	
年金診断書	¥5,500 ×		自賠責後遺障害診断書	¥5,500 ×	
受診状況等証明書	¥1,100 ×		労災(号様式)	×	
公安提出用診断書	¥3,300 ×		年 月 日～ 年 月 日		
出産手当金申請書・一時金申請書	¥1,100 ×		その他 ()	×	
傷病手当金申請書	×				
介護保険主治医意見書(新規・更新)	×				
死亡診断書					
	保険会社提出用	¥5,500 ×			
	原本証明	¥3,300 ×			
金額証明書	¥1,100 ×				

※上記書類を受領しました。

令和 年 月 日

受領者署名

【病院使用欄】

受付者	依頼者	確認者	完成日	電話連絡	郵送日	郵送者
依頼日	月 日までに記載をお願いします。					
令和 年 月 日						
※前回は、 / に(スキャン・院内文作成)済みです。						