

見積書提出のご案内

最低見積額提出者より物品を納入いただきたく、下記のとおり見積書の提出を受け付けますのでご案内いたします。

令和8年7月28日

新潟市病院事業管理者 五十嵐 修一

1. 概要

(1) 品名	診断書・証明書等申込書
(2) 品質・規格・数量など	仕様書のとおり
(3) 見積書提出期限・提出先	令和8年8月6日(木) 15時 新潟市民病院1階 事務局医事課
(4) 納品期限・納品場所	令和8年9月24日(木) 新潟市民病院 事務局医事課
(5) その他	原稿は閲覧可能です。必要に応じて見本を1部提供します。 新潟市民病院事務局医事課までお問い合わせください。

2. 見積書提出資格要件

- (1) 見積書提出時点で、新潟市の競争入札参加資格者名簿(物品)に登載されており、かつ、新潟市内に本店、支店又は営業所がある者
- (2) 地方自治法施行令第167条の4第1項の規定に該当しない者
- (3) 指名停止措置を受けていない者
- (4) 新潟市競争入札参加有資格者指名停止等措置要領の別表2の9(暴力的不法行為)の規定に該当しない者

新潟市民病院 事務局医事課

担当: 梅崎

TEL 025-281-5151 (内線 1052)

E-mail iji.ch@city.niigata.lg.jp

「診断書・証明書等申込書」 仕 様 書

- | | | |
|---|---------|--|
| 1 | 品名 | 診断書・証明書等申込書 |
| 2 | 部数 | 20,000 セット |
| 3 | 規格 | |
| | (1) 寸法 | A4 判 3 枚複写天のりワンセット伝票 |
| | (2) 内容 | 原稿から一部内容修正あり |
| | (3) 印刷色 | 片面 1 色刷 (スミ)
3P 減感印刷あり |
| | (4) 用紙 | 1P ノーカーボン紙 上用 40 番 青発色 紙色白
2P ノーカーボン紙 中用 40 番 青発色 紙色白
3P ノーカーボン紙 下用 40 番 青発色 紙色白 |
| 4 | 納期 | 令和 8 年 9 月 24 日 (木) |
| 5 | 納入場所 | 新潟市民病院 1 階 事務局医事課 |
| 6 | 納入方法 | 段ボール 1 箱 1,000 セット入り
100 セットずつ帯掛け、1,000 セットずつクラフト紙梱包 |
| 7 | 特記事項 | |
| | (1) 原稿 | 見本は、新潟市民病院事務局医事課にて閲覧可能
必要に応じ、見本を 1 部提供 |
| | (2) その他 | 1 回以上校正を行うこと。
本仕様書に定めのない事項及び本仕様書の記載内容に疑義が生じた場合等については、事務局医事課と協議の上、決定すること。
納品時 (または納品後) に納品書を提出すること。 |
| 8 | 問合せ | 新潟市民病院 事務局医事課 梅崎
E-mail : iji.ch@city.niigata.lg.jp |

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 年 月 日 平・令
患者氏名				
患者住所	〒 — 都道府県 市 区 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	☐ 来院受取 : 電話連絡先 ☐ 患者宅 ☐ 申込者宅 家族への伝言 ☐ 可 ☐ 不可 ☐ 患者携帯 ☐ 申込者携帯 ☐ その他 () 留守電 ☐ 可 ☐ 不可 ☐ 郵送受取 : 宛先 ☐ 患者住所 ☐ その他 () ※郵送用の封筒、切手をご用意ください (通常110円、A4用紙10枚以上の場合は180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。 ☐ 診断名 ☐ 手術名 ☐ 入院期間 ☐ 自宅療養期間 ☐ その他 () 提出先 ☐ 勤務先 ☐ 警察 ☐ その他 ()			

診断書・証明書（保険会社提出用） （保険会社名）	¥ 7,700 ×	身体障害者診断書・意見書 （障害用）	¥ 4,400 ×
通院証明（保険会社提出用） （保険会社名）	¥ 2,200 ×	特定・小児慢性特定疾病診断書(新規・更新)	¥ 4,400 ×
診断書・証明書（病院様式） （記載内容により金額が異なります）	¥ 4,400 ×	難病等情報提供書（月～月）	×
	¥ 2,200 ×	医療等の状況（年 月分）	×
年金診断書	¥ 7,700 ×	自賠償診断書・明細書	¥ 7,700 ×
受診状況等証明書	¥ 2,200 ×	自賠償後遺障害診断書	¥ 7,700 ×
公安提出用診断書	¥ 4,400 ×	労災（号様式）	×
出産手当金申請書・一時金申請書	¥ 2,200 ×	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			
金額証明書			
保険会社提出用	¥ 7,700 ×		
原本証明	¥ 3,850 ×		
	¥ 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 令和 年 月 日		月 日までに記載をお願いします。				
※前回は、 / に（スキャン・院内文作成）済みです。						

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 年 月 日 平・令
患者氏名				
患者住所	〒 — 都道府県 市 区 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	☐ 来院受取 : 電話連絡先 ☐ 患者宅 ☐ 申込者宅 家族への伝言 ☐ 可 ☐ 不可 ☐ 患者携帯 ☐ 申込者携帯 ☐ その他 () 留守電 ☐ 可 ☐ 不可 ☐ 郵送受取 : 宛先 ☐ 患者住所 ☐ その他 () ※郵送用の封筒、切手をご用意ください (通常110円、A4用紙10枚以上の場合は180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。 ☐ 診断名 ☐ 手術名 ☐ 入院期間 ☐ 自宅療養期間 ☐ その他 () 提出先 ☐ 勤務先 ☐ 警察 ☐ その他 ()			

診断書・証明書（保険会社提出用） （保険会社名）	¥ 7,700 ×	身体障害者診断書・意見書 （障害用）	¥ 4,400 ×
通院証明（保険会社提出用） （保険会社名）	¥ 2,200 ×	特定・小児慢性特定疾病診断書(新規・更新)	¥ 4,400 ×
診断書・証明書（病院様式） （記載内容により金額が異なります）	¥ 4,400 ×	難病等情報提供書（月～月）	×
	¥ 2,200 ×	医療等の状況（年 月分）	×
年金診断書	¥ 7,700 ×	自賠償診断書・明細書	¥ 7,700 ×
受診状況等証明書	¥ 2,200 ×	自賠償後遺障害診断書	¥ 7,700 ×
公安提出用診断書	¥ 4,400 ×	労災（号様式）	×
出産手当金申請書・一時金申請書	¥ 2,200 ×	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	¥ 7,700 ×		
死亡診断書 原本証明	¥ 3,850 ×		
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 令和 年 月 日		月 日までに記載をお願いします。				
※前回は、 / に（スキャン・院内文作成）済みです。						

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 年 月 日 平・令
患者氏名				
患者住所	〒 — 都道府県 市 区 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	☐ 来院受取 : 電話連絡先 ☐ 患者宅 ☐ 申込者宅 家族への伝言 ☐ 可 ☐ 不可 ☐ 患者携帯 ☐ 申込者携帯 ☐ その他 () 留守電 ☐ 可 ☐ 不可 ☐ 郵送受取 : 宛先 ☐ 患者住所 ☐ その他 () ※郵送用の封筒、切手をご用意ください (通常110円、A4用紙10枚以上の場合は180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。 ☐ 診断名 ☐ 手術名 ☐ 入院期間 ☐ 自宅療養期間 ☐ その他 () 提出先 ☐ 勤務先 ☐ 警察 ☐ その他 ()			

診断書・証明書（保険会社提出用） （保険会社名）	¥ 7,700 ×	身体障害者診断書・意見書 （障害用）	¥ 4,400 ×		
通院証明（保険会社提出用） （保険会社名）	¥ 2,200 ×	特定・小児慢性特定疾病診断書（新規・更新） 難病等情報提供書（月～月）	¥ 4,400 × ×		
診断書・証明書（病院様式） （記載内容により金額が異なります）	¥ 4,400 × ¥ 2,200 ×	医療等の状況（年 月分）	×		
年金診断書	¥ 7,700 ×	自賠責診断書・明細書	¥ 7,700 ×		
受診状況等証明書	¥ 2,200 ×	自賠責後遺障害診断書	¥ 7,700 ×		
公安提出用診断書	¥ 4,400 ×	労災（号様式） 年 月 日～年 月 日	×		
出産手当金申請書・一時金申請書	¥ 2,200 ×	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				¥ 7,700 ×
	原本証明				¥ 3,850 ×
金額証明書	¥ 1,100 ×				

- 診断書申込み、受け渡しの際、本人確認（運転免許証などの提示）をさせていただきます。
なお、ご本人以外の診断書申込み・受け渡しは、委任状が必要です。
○診断書申込みからお渡しまで、2週間程度（記載内容によっては1ヶ月程度）お時間をいただきます。
○医師が記載した後の追加記載は、お受けできません。
○できあがりの連絡後及び発送後の文書申込みの取消しは、お受けできません。
所定の文書料金をいただきますので、ご了承ください。

【窓口のご案内】
受付場所：1階総合受付 文書・証明窓口
受付時間：平日 8:30～17:00
ただし、休診日にはお取り扱いできません。
【休診日】
土・日・祝日・年末年始（12月29日～1月3日）

新潟市民病院
医事課文書担当
代表 025-281-5151(内線 1057)

