

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 令和〇年 〇月 〇日

診療券番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇	〇〇 科	担当医 〇〇 医師		
フリガナ	ニイガタ タロウ		生年月日		
患者氏名	新潟 太郎		大・昭 〇年 〇月 〇日 平・令		
患者住所	〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 都道府県 〇〇 市 〇〇 区 〇〇町〇丁目〇番〇号 電話番号：自宅 XXX-XXX-XXXX 携帯 XXX-XXXX-XXXX				
フリガナ	リュウト イチロウ		患者さんとの関係		
申込者氏名 (患者本人以外)	柳都 一郎		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				
記載が必要な項目と提出先					
病院様式の診断書・ 証明書をご希望の方	☐ 診断名 ☐ 手術名 ☐ 入院期間 ☐ 自宅療養期間 ☐ その他 ()				
☐ 勤務先 ☐ 警察 ☐ その他 ()					
記載不要					
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)		¥7,700 ×	身体障害者診断書・意見書 (〇〇〇〇〇 障害用)	¥4,400 ×	1
通院証明 (保険会社提出用)		¥2,200 ×	特定・小児慢性特定疾病診断書(新規・更新)	¥4,400 ×	1
【必要なもの、確認事項】					
(申込前) 身体障害や特定・小児慢性特定疾病の該当有無について、主治医にご確認ください。					
別途、医師の診察と検査が必要な場合がございます。					
(申込時) ホームページ「お申込み」に記載のとおりです。					
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		×	特定・小児慢性特定疾病診断書 の場合、その他に病名を記入		
介護保険主治医意見書(新規・更新)		×	病名：△△△△△ 用		
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 ×			

※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。						