

新潟県立加茂病院 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	年	月	日
-----	----	---	---	---

診察券番号		-		受診科			担当医	医師				
患者様	氏名	カガナ			生年月日	☐ 大正 ☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 ☐ 令和						
	ご住所	〒 -			TEL	自宅						
					携帯							
申込者氏名 (患者様ご本人以外の場合)		カガナ			TEL	自宅	患者様との関係					
					携帯							
					☐ 配偶者 ☐ 親 ☐ 子 ☐ その他 ()							
受取方法		☐ 来院	電話連絡先	☐ 患者様宅 ☐ 申込者宅 ご家族への伝言 ☐ 可 ☐ 不可								
		☐ 郵送	宛先 (②③は住所記載)	☐ 患者様携帯 ☐ 申込者携帯 ☐ その他 ()								
				☐ ①患者住所 ☐ ②申込者住所 ☐ ③他宛先()								
				住所: ()								
				※返送用の封筒、切手を同封してください。(通常110円、A4サイズ10枚以上は180円)								
証明期間		① ☐ 入院 ☐ 外来		令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
		② ☐ 入院 ☐ 外来		令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
		③ ☐ 入院 ☐ 外来		令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
病院様式の ・診断書 ・証明書 をご希望の方		記載が ☐ 診断名 ☐ 手術名 ☐ 入院期間 ☐ 自宅療養期間 必要な項目 ☐ その他 ()										
		提出先 ☐ 勤務先 ☐ 警察 ☐ 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)				¥7,700 ×		身体障害者診断書・意見書				¥4,400 ×		
保険会社名 ()						(障害用)						
通院証明書(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 ×		
保険会社名 ()						難病等情報提供書 (月 ～ 月)						
診断書・証明書(病院様式)				¥4,400 ×		医療等の状況 (年 月分)				×		
(記載内容により金額が異なります)				¥2,200 ×		自賠責診断書・明細書				¥7,700 ×		
年金診断書				¥7,700 ×		自賠責後遺障害診断書				¥7,700 ×		
受診状況等証明書				¥2,200 ×		労災 (号様式)				×		
公安提出用診断書				¥2,200 ×		自 令和 年 月 日						
傷病手当金申請書				×		期間 至 令和 年 月 日						
介護保険主治医意見書 ☐ 新規 ☐ 更新				×		その他				×		
死亡診断書		保険会社提出用		¥6,600 ×	-----							
		原本照明		¥3,850 ×	-----							
金額証明書				¥2,200 ×	-----							

※上記書類を受領しました。

令和 年 月 日 受領者氏名

【病院使用欄】

受付者	依頼者	確認者	完成日	電話連絡日	郵送日	郵送者
依頼日： 令和 年 月 日			記載締切日： 月 日 迄に記載をお願いします。			
※前回は			に(スキャン・院内分作成)済みです。			