

記載例①

身体障害者診断書・意見書／特定・小児慢性特定疾病診断書

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

7年

10月

15日

診察券番号	99 - 9999 - 9	受診科	内科	担当医	富所	医師
患者様	氏名	カガナ/ カモ ショウヘイ 加茂 翔平		生年月日	☐ 大正 ☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 ○ 年 11 月 30 日	
	ご住所	〒 999 - 9999 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇〇〇町 9丁目99番99号		TEL	自宅	090-9999-9999
				携帯	080-8888-8888	
申込者氏名 (患者様ご本人 以外の場合は ご記入下さい)	カガナ/ カモ マミコ 加茂 真美子		TEL	自宅	090-9999-9999	
				携帯	080-8888-8888	
受取方法 (何れかに ✓をお願いします)	☒ 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 年 月 日 ~ 年 月 日					
	② ☐ 入院 ☐ 外来 年 月 日 ~ 年 月 日					
	③ ☐ 入院 ☐ 外来 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 ☐ 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 × 1
保険会社名 ()				(〇〇〇〇 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 × 1
保険会社名 ()				難病等情報提供書 (〇 〇 〇 〇 〇 〇)		
【必要な物、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、医師の診療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。						
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 ×		特定・小児慢性特定疾病診断書の場合、 こちらの空欄に病名をご記入ください		
	原本照明	¥3,850 ×				
金額証明書		¥2,200 ×		病名: 〇〇〇〇〇用		

※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: 年 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。			