

# 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		
フリガナ			生年月日	大・昭 平・令		
患者氏名				年	月	日
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			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110円、A4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。 <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) 難病等情報提供書( 月～ 月)	¥3,300 ×	×	
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)	¥3,300 ×		医療等の状況( 年 月分)		×	
年金診断書	¥5,500 ×		自賠責診断書・明細書	¥7,700 ×		
受診状況等証明書	¥1,100 ×		自賠責後遺障害診断書	¥5,500 ×		
公安提出用診断書	¥3,300 ×		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	¥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 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。						