

# 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	科	〇〇	担当医	〇〇 医師
フリガナ	ニイガタ タロウ		生年月日	大・昭 〇年 〇月 〇日 平・令 〇年 〇月 〇日	
患者氏名	新潟 太郎				
患者住所	〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇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-XXX-XXXX			いずれかへ丸付け	
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		本人以外申込の場合のみ		配偶者・親・子 その他 ( )
電話番号：自宅	XXX-XXX-XXXX		携帯 XXX-XXX-XXXX		
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 checked="" type="checkbox"/> <b>いずれかにしてください。</b> <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】	<del>           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  <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 ( )  <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> その他 ( )         </del>				
こちらは記載不要です					
病院様式の診断書・ 証明書をご希望の方	<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 ( ) <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 ( 〇〇〇〇〇 障害用)	¥3,300 ×	1
通院証明(保険会社提出用)	¥1,100 ×		特定・小児慢性特定疾病診断書(新規・更新)	¥3,300 ×	1
<b>【必要なもの、確認事項】</b> (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					
出産手当金申請書・一時金申請書	¥1,100 ×		その他	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。 <b>病名：△△△△△ 用</b>	
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。						