

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	大・昭	〇年 〇月 〇日
患者氏名	新潟 太郎	平・令	〇年 〇月 〇日	
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			
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	柳都 一郎	本人以外申込の場合のみ		
(患者本人以外)	電話番号：自宅 XXX-XXX-XXXX 携帯 XXX-XXX-XXXX	配偶者・親・子 その他 ()		
いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> してください。 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 ()			
	<input type="checkbox"/> 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84円、書類が複数枚の場合は94円）。				
【証明期間】				
入院・外来	①	年	月	日
入院・外来	②	年	月	日
入院・外来	③	年	月	日
こちらは記載不要です				
記載が必要な項目と				
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
提出先	<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
診断書・証明書(保険会社提出用)	¥5,500 ×		身体障害者診断書・意見書	¥3,300 ×
(保険会社名)			(〇〇〇〇〇 障害用)	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
【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				
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。 病名：△△△△△ 用
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
依頼日	月 日までに記載をお願いします。			
令和 年 月 日				
※前回は、 / に (スキャン・院内文作成) 済みです。				