

診断書等申込書

*太枠内は必ずご記入下さい。

申込日	年	月	日	お申込者		ご関係		
患者様のお名前				ご住所				
				お電話番号	() -			
				診療科	科	担当医	医師	
生年月日	西暦・明治・大正・昭和・平成 年 月 日			入院日	①	年 月 日	～	年 月 日
ID					②	年 月 日	～	年 月 日
					③	年 月 日	～	年 月 日
				* 証明期間	年 月 日	～	年 月 日	

*ご希望の証明期間をご記入ください。

種別	枚数	備考	金額
診断書(病院)			2,625円
診断書(特養・施設)			4,620円
死亡診断書			4,200円
死亡診断書 (2枚目以降)			2,100円
生命保険等 死亡診断書			4,200円
生命保険等証明書 入院・通院 (○をつけて下さい)		入院の場合は 入院期間	4,200円
入院・通院証明書 (日数の証明のみ)			1,050円

種別	枚数	備考	金額
障害者年金診断書			6,300円
身体障害者用診断書			6,300円
傷病手当金請求書		証明期間	保険割合によります
難病診断書			2,625円
継続療養申請書		病名	無料
学校安全会		月分	無料
領収証明書		証明期間	1,050円
その他			

*本人家族以外で書類を希望される方は、委任状もしくは承諾書を一緒にご提出下さい。

受付者サイン	
交付日	年 月 日
交付者サイン	
受取者サイン	

備考: 受渡し方法・電話連絡・後日引取り・送付
