

受付者	作成期限
	/

診断書・証明書等申込書

※太枠内をご記入ください

文書料・郵送料は申込日にお支払いいただきます

【基本情報】		申込日	年	月	日
患者番号	診療科	科	主治医	医師	
フリガナ	連絡先	—			
患者氏名	生年月日	T・S・H・R	年	月	日
		西暦			

※患者本人以外が申込される場合のみ、下記へご記入ください

フリガナ	続柄	家族（ ）・代理人（ ）
申込者氏名		※代理人の方は裏面の委任状をご記入ください
住所	連絡先	—

【申込窓口】 ①と②の申込書は医事課へ、それ以外は各診療科窓口へご提出ください。 ※料金は税込

<input type="checkbox"/> ①生命保険診断書（入院・通院・手術証明等） ¥5,500 入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日 通 保険会社名 [] ※科が複数の場合は科ごとの証明になります。	<input type="checkbox"/> 普通診断書 ¥1,100 (提出先) 通 <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票 (新規 ¥3,300、更新 ¥2,200) 通 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療意見書 (") 通 <input type="checkbox"/> 身体障害者診断書・意見書 ¥5,500 通 <input type="checkbox"/> 障害年金診断書 (国民・厚生) ¥5,500 通 <input type="checkbox"/> 医療等の状況 無料 通
<input type="checkbox"/> ②傷病手当金支給申請書 労務不能 年 月 日 ~ 年 月 日 期間 通	<input type="checkbox"/> その他 通

【受取方法】 ※原則、郵送となります

<input type="checkbox"/> 郵送 ※配達記録の残るレターパック（¥430）で発送いたします。宛名のご記入をお願いします。 <input type="checkbox"/> 窓口受取 ※病院からの連絡は行いませんのでご了承ください。受取り時には申込書控えをご持参ください。

【注意事項】

- 文書の出来上がりまでに、2週間を予定しています。作成後発送いたします。
- 診断書の内容によっては改めて診療しないと作成できないもの、作成をお受けできない診断書もございますので、あらかじめご了承ください。
- お申し込み後の取り消し、返金はできませんのでご了承ください。

お問い合わせ先：出水総合医療センター 電話番号：0996-67-1611 平日/14:00~17:00 *午前中は診療で混雑しますので 午後からお問い合わせください。	受取確認欄 上記診断書を受け取りました 年 月 日 氏名	領収印
---	---------------------------------------	-----

(あて先) 出水市病院事業管理者

委 任 状

年 月 日

① 本人(委任者)

患者氏名

生年月日 年 月 日

住 所

電話番号

私(委任者)は、以下の者を代理人と定め、診断書等文書の申請、受取り及び費用の精算を委任します。

② 代理人(受任者)

氏 名

住 所

電話番号

*①と②を患者本人が記載してください。(本人が自筆する場合は、押印は不要です。)

*代理人(②)の方は、マイナンバーカード、運転免許証等の顔写真付きの身分証明書を御持参ください。

*委任状は、原本を御提出ください。

*委任状の有効期間は、発行日より3か月以内とします。