

受付	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		主治医	医師
フリガナ		連絡先	—		
患者氏名		生年月日	T・S・H・R 西暦 年 月 日		

【本人以外が申込される場合のみ、ご記入ください】

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

【申込内容】 ※料金は税込

<input type="checkbox"/> 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 年 月 日 ～ 年 月 日 保険会社名 [ ] ※科が複数の場合は科ごとの証明になります。	通	<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 <input type="checkbox"/> 医療等の状況 無料	通
<input type="checkbox"/> 傷病手当金支給申請書 労務不能期間 年 月 日 ～ 年 月 日 年 月 日 ～ 年 月 日	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。
---

【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
---	---------------------------------------	-----