

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	
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()
申込者		※代理人の方は裏面の委任状をご記入ください
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	通	<input type="checkbox"/> 普通診断書 ￥1,100 (提出先)	通
入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日		<input type="checkbox"/> 臨床調査個人票（新規￥3,300、更新￥2,200）	通
年 月 日 ~ 年 月 日		<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療意見書（〃）	通
保険会社名 []		<input type="checkbox"/> 身体障害者診断書・意見書 ￥5,500	通
※科が複数の場合は科ごとの証明になります。		<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"/> 傷病手当金支給申請書	<input type="checkbox"/> その他	通	
労務不能 期间 年 月 日 ~ 年 月 日			
年 月 日 ~ 年 月 日			

【受取方法】※原則、郵送となります

- 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。
- 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
---	---	-----