

診断書等作成申込書

| | | |
|---|----|------|
| 窓口使用欄 | 受付 | 会計入力 |
| <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 戸籍 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 | | |

(注 1) 書類の作成には2週間ほどかかります。

場合によってはそれ以上かかる場合がございますのでご了承ください。

(注 2) 診療科毎の作成となりますので、複数科証明を希望される場合、診療科毎に料金を頂戴します。

(注 3) お申し込み後に追記等を希望される場合、新規のお申し込みとして別途料金を頂戴します。

(注 4) 受け取りの際は事前に文書窓口へ進捗状況をお問い合わせのうえ以下の要領をお願いします。

来院：1 階自動精算機で文書料金の支払いを済ませてから、文書窓口にお越しください。

郵送：レターパックプラス（料金 520 円）で承ります。

「お届け先」欄に郵送先を記載し、保管用シールは剥がした上で必要書類と同封のうえ申込みください。

※申込者以外の方が受け取りに来られる際は、委任状とお越しになる方の本人確認書類をご持参ください。

(注 5) 申込日より6ヵ月を経過した診断書等は処分させていただきますので、ご了承ください。

注 1～5 を承諾された方は、太枠内をご記入してお申し込みください。

| 申込日 | 年 | 月 | 日 | 受付番号： |
|---------------------------------------|--|--------------------------|---|-------|
| 診察カード番号（患者 ID） | 患者氏名 | フリガナ | | |
| | | | | |
| 患者住所 | 〒 | | | |
| 申込者 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保険会社 <input type="checkbox"/> その他：続柄（ ）本人以外の場合 氏名： | | | |
| 連絡先 | ① （ ） | | ② （ ） | |
| 受け取り方法 | <input type="checkbox"/> 来院 <input type="checkbox"/> レターパックプラスで郵送 | | | |
| 診療科・担当医 | ① 科 先生 | | ② 科 先生 | |
| 備考（要望等） | ※受け取り日に関してご要望がある場合は、希望日とその理由を必ずご記入ください。 | | | |
| 書類種別・料金（税込） | | 数量 | 詳細 | |
| 1 生命保険診断書 (和文 8,800 円、英文 11,000 円) | 入 院 | | 年 月 日～ 年 月 日 | |
| | | | 年 月 日～ 年 月 日 | |
| | 通 院 | | 通院の証明は必要ですか？ ⇒ 必要（下記に証明期間記入）・ 不要 | |
| | | | 証明期間： 年 月 日～ 年 月 日 | |
| 通 | | 外来手術： 年 月 日 | | |
| 2 病院書式診断書 (和文 5,500 円、英文 11,000 円) | 通 | | <input type="checkbox"/> 和文 <input type="checkbox"/> 英文 <input type="checkbox"/> 別紙のとおり <input type="checkbox"/> 死亡診断書 <input type="checkbox"/> 出産証明書 <input type="checkbox"/> 装具証明書 | |
| 3 傷病手当金意見書（保険適用額） | 通 | | 期間： 年 月 日～ 年 月 日 | |
| 4 労災 号 [療養・移送・装具・その他] | 通 | | 期間： 年 月 日～ 年 月 日 | |
| 5 身体障害者診断書・意見書(11,000 円) | 通 | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再認定 | |
| 6 難病関連 (5,500 円) | 通 | | <input type="checkbox"/> 新規 ※基本情報・生活状況を提出用紙にご記入ください。 <input type="checkbox"/> 更新 | |
| 7 受診状況証明書 (5,500 円) | 通 | | 病名： | |
| 8 障害年金診断書 / 障害状態確認届 (11,000 円) | 通 | | 年 月頃から3ヵ月以内の現症 / () 月の現症 ※提出先に現症月を確認してからお申し込みください。 | |
| 9 自立支援医療 | 通 | | <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 更正 <input type="checkbox"/> 育成 | |
| 10 小児慢性疾患医療意見書 (5,500 円) | 通 | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 | |
| 11 精神障害者福祉手帳 (11,000 円) | 12 肝炎医療費助成関係 (5,500 円) | 13 児童扶養手当認定診断書 (5,500 円) | | |
| 14 学校生活管理表 (3,300 円) | 15 その他： | | | |

文書料金（税込）
円

日本赤十字社医療センター 2階文書窓口 03-3400-0393（直通）
月～金曜日 9：00～16：30 ※土日祝日、5月1日及び12月29日～1月3日を除く