窓口使用欄	受付	会計入力	文書料金（税込）
□保険証 □戸籍 □ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ □運転免許証 □ﾊﾟｽﾎﾟｰﾄ □委任状 □リストバンド □その他			

診断書等作成申込書

□←【注意事項】をお読みになり承諾された方は□欄にチェック後、太枠内をご記入のうえお申込みください。

受付番号：

申込日(西暦)	年　月　日	〈お受取り方法〉 □ 窓口で受取り希望 □ レターパックプラスで郵送希望	
診察ｶｰﾄﾞ番号			
フリガナ			
患者氏名			
患者住所	〒		
患者連絡先	携帯番号：　（　）	電話番号：　（　）	
申込者 ※患者本人の場合本人に☑してください(記載不要)	氏　名	□本人　□その他：氏名　続柄（　）	
	住　所	〒 注：未納時の請求先となります（申込者が患者本人の場合は患者住所にご請求いたします）	
	連絡先	携帯番号：　（　）	電話番号：　（　）
診療科・担当医	①　科　先生	②　科　先生	
備考(ご要望等)	※受取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）	通	入院：　年　月　日～　年　月　日 通院：　年　月　日～　年　月　日 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 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	□和文　□英文 □別紙のとおり　□死亡診断書　□出産証明書　□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	□新規　□再認定（現在　級）［障害名］
6. 難病関連（5,500 円）	通	□新規 ※基本情報・生活状況を提出用紙にご記入ください。 □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	□精神　□更正　□育成　（ 意見書・ 明細書・ 概算額 ）
10.小児慢性疾患医療意見書（5,500 円）	通	□新規　□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.児童扶養等手当認定診断書（5,500 円）
14.学校生活管理表（3,300 円）	15.施設入所　※注意事項確認（注 4）	16.医療的ケア指示書
17.自賠責診断書/自賠責明細書 （11,000 円）	※お申込みは２階医事課窓口にお越しいただくか、医事課自賠責担当宛てにお電話ください。 ※料金は（① 月ごと　② 診療科ごと　③ 入院･外来別）に 11,000 円かかります。	
18.その他		

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、12 月 29 日～1 月３日を除く

郵送申込用