

診断書・証明書等お預かり書

| | | | |
|-----|---|---|---|
| 依頼日 | 年 | 月 | 日 |
|-----|---|---|---|

| | | |
|-----|---------------------------------|-------------------------------------|
| 依頼者 | <input type="checkbox"/> 患者さん本人 | <input type="checkbox"/> 患者さん本人ではない |
|-----|---------------------------------|-------------------------------------|

患者さんの情報

| | | | |
|------|----------------|-----|-----|
| 患者番号 | | | |
| フリガナ | | | |
| 患者氏名 | | | |
| 生年月日 | 大正 昭和 平成 令和 | 年 | 月 日 |
| 電話番号 | | | |
| 診療科 | | 担当医 | |

依頼者が患者さん本人でない場合は、記入をお願いします。

依頼者への委任（患者さんが未成年の場合は不要）

下記の依頼者に診断書等の交付及び受領に関する全ての権限を委任します

患者氏名
(自署)

※申し込み当日に記載できない場合は、受け取り当日までに記入しご持参下さい
※病状・死亡時等により患者さん本人が記載できない場合はお申し出下さい

依頼者の情報

| | | |
|------|---|-----|
| フリガナ | | 続柄 |
| 氏名 | | () |
| 住所 | 〒 | |
| 電話番号 | | |

《以下の点につきましてご留意下さい》

- ・作成には2～4週間程度のお時間をいただいております。
(医師の都合により上記以上に遅れる場合もございます)
- ・ご依頼いただいた文書が出来上がった旨の連絡はしていません。
- ・時間外、休診日のお問い合わせについては担当者不在につき
対応できない場合がございます。

| 文書種類 | 料金 | 枚数 |
|--|--------|----|
| <input type="checkbox"/> 入院通院証明書・診断書(JA) | 4,950円 | 通 |
| <input type="checkbox"/> 入院通院証明書・診断書(JA以外) | 5,500円 | 通 |
| <input type="checkbox"/> 死亡診断書 | 5,500円 | 通 |
| <input type="checkbox"/> 自動車損害賠償保険後遺症診断書 | 5,500円 | 通 |
| <input type="checkbox"/> 交通災害共済診断書 | 3,300円 | 通 |
| <input type="checkbox"/> 障害年金診断書 | 5,500円 | 通 |
| <input type="checkbox"/> 身体障害者診断書・意見書 | 4,400円 | 通 |
| <input type="checkbox"/> 指定難病臨床調査個人票(新規) | 3,300円 | 通 |
| <input type="checkbox"/> 指定難病臨床調査個人票(更新) | 2,200円 | 通 |
| <input type="checkbox"/> 就労証明書 | 3,300円 | 通 |
| <input type="checkbox"/> 院内診断書 | 3,300円 | 通 |
| <input type="checkbox"/> 健康保険傷病手当金支給申請書 | | 通 |
| <input type="checkbox"/> 休業補償給付支給申請書 | | 通 |
| <input type="checkbox"/> マッサージ同意書 | | 通 |
| <input type="checkbox"/> その他() | | 通 |
| <input type="checkbox"/> | | 通 |
| <input type="checkbox"/> | | 通 |
| 合計 | 円 | 通 |

| 証明期間・入院期間 | |
|-----------|---|
| 外来 | ① 年 月 日～ 年 月 日 ② 年 月 日～ 年 月 日 |
| 入院 | ① 年 月 日～ 年 月 日 ② 年 月 日～ 年 月 日 ③ 年 月 日～ 年 月 日 |
| 労務不能期間 | ① 年 月 日～ 年 月 日 ② 年 月 日～ 年 月 日 |
| 参考資料預かり | <input type="checkbox"/> 有(枚) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 返却済み |
| 〈備考〉 | |

*書類手数料200円はご依頼者負担とさせていただきます。

【医療機関記入欄】

支払い:済 口座振替
未 その他()

郵送先の宛先をご記入下さい(窓付き封筒の宛先として使用いたします)

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> _____ _____ _____ 様 | | | | | | |
| | | | | | | |

【お問い合わせ先・受付時間】

〒384-8588長野県小諸市相生町3丁目3番21号
浅間南麓こもろ医療センター

医療秘書係/医事課窓口

電話:0267-22-1070 内線:5227/5108

診療日:8時30分～17時00分

*お電話によるお問い合わせは、**14:00～17:00**にお願いします。
診療時間外での対応はしていません。

封筒内で書類がずれて、宛先がみえなくなる場合がありますので、下線からはみ出ないように記載して下さい

| | | |
|----|-------|-------|
| 窓口 | 受領サイン | 受領日 |
| | | 年 月 日 |