

太枠内を御記入の上、医事課窓口にて御申込下さい。

御申込日 R. 年 月 日

申込者	氏名			患者様との続柄
	連絡先		住所	

患者様	氏名		生年月日	M・T S・H	年	月	日
	所属	外来・新A1・新A2・新A3・新B・本3・本4・本5					

診断書等 * 御申込される診断書をチェックし、数量等を御記入下さい。

<input type="checkbox"/>	診療情報提供書	250/500点	【通】	当院書式・所定書式	
所定の書式	<input type="checkbox"/>	自立支援医療(精神通院医療)	3,100円	【通】	新規・更新
	<input type="checkbox"/>	精神障害者保健福祉手帳	3,300円	【通】	新規・更新
	<input type="checkbox"/>	精神障害者保健福祉手帳・通院医療	3,300円	【通】	新規・更新
	<input type="checkbox"/>	身体障害者手帳	3,300円	【通】	
	<input type="checkbox"/>	障害年金	6,380円	【通】	新規・更新
	<input type="checkbox"/>	障害年金受診状況等証明書	3,300円	【通】	
	<input type="checkbox"/>	保険会社	5,500円	【通】	1回目・2回目以降
	<input type="checkbox"/>	傷病手当金医師意見欄	100点	【通】	1回目・2回目以降
	<input type="checkbox"/>	その他【 】	円	【通】	
当院の書式	<input type="checkbox"/>	診断書	3,300円	【通】	【使途: 】
	<input type="checkbox"/>	入院・通院証明書	1,100円	【通】	【使途: 】
	<input type="checkbox"/>	その他【 】	円	【通】	

証明期間 * 証明期間のあるものは下記御記入下さい。

年	月	日	～	年	月	日	(退院・入院中・通院)
年	月	日	～	年	月	日	(退院・入院中・通院)

御受取方法 * 御希望の受取方法をチェックして下さい。

<input type="checkbox"/>	窓口 ⇒ 診断書作成後、御連絡致します。料金を御用意の上、医事課窓口にて御越し下さい。
<input type="checkbox"/>	退院時窓口 ⇒ 退院時にお渡し致します。料金は退院精算に含めさせていただきます。
<input type="checkbox"/>	郵送(切手代を診断書料とあわせて御負担頂きます) * 切手代:【404円(簡易書留)・84円(普通)】 ⇒ 診断書作成後、御連絡致します。料金振り込み確認後、郵送致します。

受付	/	
----	---	--

備考	/	に連絡済み
		検診文書管理表記入 未・済

御受取	受取日	R. 年 月 日	氏名		続柄	
	連絡先					

料 金	合計:	円(税込)	領 未・ 收 済	/	
-----	-----	-------	----------	---	--

令和元年10月1日改訂