

## 診断書等作成申込書

太枠内を記入ください。

診察券番号		申込日	年	月	日	患者と申込者が異なる場合は記入ください。↓↓↓
患者情報	フリガナ					フリガナ
	氏名					氏名
	生年月日	年	月	日		患者との関係
	住所	〒	-			患者本人

申込者が患者ご本人ではない場合は、以下患者ご本人の署名をお願いいたします。

委任欄	私は申込者を代理人と定め、診断書作成申込みに関する権限を申込者へ委任します。					
	委任日	年	月	日	理由欄	患者ご本人の署名が難しい場合はその理由を記入ください。
	本人署名					

作成するにあたり連絡を差し上げる場合がございますので、優先順位を決定し記入ください。

連絡先	1	<input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 申込者 <input type="checkbox"/> 患者・申込者以外の方は、以下に氏名と続柄を記入ください。				
		-	-	氏名		続柄
	2	<input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 申込者 <input type="checkbox"/> 患者・申込者以外の方は、以下に氏名と続柄を記入ください。				
		-	-	氏名		続柄

作成が必要な書類に○印をつけ必要事項を記入ください。また保険外費用の支払いに同意願います。

申請にかかる文書料他、切手代等の保険外費用の支払いに同意します。○印記入→  同意する

○印	書類名	金額・点数	部数	○印	書類名	金額・点数	部数
	障害診断書(保険会社)	¥8,800	通		公安委員会提出用診断書	¥5,500	通
	臨床調査個人票	¥5,500	通		健康診断書(施設入所用)	¥5,500	通
	身体障害者意見書	¥4,400	通		国民年金・厚生年金診断書	¥5,500	通
	精神障害者保健福祉手帳 通院医療診断書	¥5,500	通		その他		通
	書類名	金額・点数	部数		宛先・期間・他		
	診療情報提供書(紹介状)	250点	通		[宛先]		
	傷病手当金申請書	100点	通		年 月 日 ~ 年 月 日		
	当院書式診断書	¥2,200	通		[宛先]		
	入院証明書(保険会社)	¥5,500	通		年 月 日 ~ 年 月 日		
	サービス意見書		通		サービス担当者に対する照会・ケアプラン連絡票・居宅サービス計画に関する主治医へのご相談など		

[作成期間] 診断書の種別により異なりますが、約2週間ほどかかります。

[受取時間] 月曜日から金曜日 9:00から17:00までに会計窓口にお越しください。

[受取時持ち物] 依頼時にお渡しする預り書(お忘れになった場合は、身分を証明するものをご提示いただきます)

[お渡し期限] 申込日より6カ月を経過した診断書等は処分させていただきます。ご了承ください。

### 以下 美原記念病院記入欄

返送方法	<input type="checkbox"/> 窓口受取	会計	<input type="checkbox"/> 未収	入力日	入力者	Dr.
	<input type="checkbox"/> 郵送(病院)		<input type="checkbox"/> 支払済			
	<input type="checkbox"/> 郵送(登録先)		<input type="checkbox"/> 会計なし			
	<input type="checkbox"/> 郵送(その他) → <input type="checkbox"/> 封筒作成依頼済		<input type="checkbox"/> 入院費含			

備考	
----	--