診断書・証明書記載依頼申請書

※太枠線内をご記入く	ださい □ 原本	□ コピー	申請日	年	月	日
患者氏名			ID			
申請者および			患者との			
同意者氏名	-		関係			
申請者住所			連絡先			
担当医師名	先生	診療区分	1 外来	2 入院(1	2)病棟
	1 自立診断書					
	□千葉県 □千葉市 □東京都 □その)	3,300円	×	通	
	2 手帳診断書					
	□千葉県 □千葉市 □東京都 □その他()	5,500円	×	通
	3 年金診断書(様式 □初回 □現況届)			5,500円	×	通
用紙区分	4 傷病手当金請求書 □入院 □外来					
S. T. / + W	(年 月 日~	年 月	日)	医療保険扱い	×	通
必要な書類の 番号を○で囲み	5 生命保険診断書・証明書			5,500円	×	通
必要枚数をご記入ください	6 施設入所用診断書			5,500円	×	通
	7 当院様式診断書			2,200円	×	通
	8 障害支援区分認定のための医師意見書			市区町村へ請求	×	通
	9 介護保険主治医意見書			市区町村へ請求	×	通
	10 その他 ()	合計	通	円
				送料		円
				総計		円
提出先・提出理由 および必要記載事項						
受渡方法	1 来院 2 郵送(申請者住所・	・その他)		3 職員()
郵送日 受源	· 『日 ○申請者	備考				
	○職員 (/)			入金	受領印
福祉請求(入院請求(、力)		2001
(※注意事項)	Head James A 19.2 S. 1. 1 ())	7 (1)50(1) 3 (1)			<u> </u>	
≪下記注意事項を確認	。 『していただき、同意された方は署名をお願い	します≫	〔署名欄)		
○ 書類の申請および	。 『受取は、午前9時~午後4時(木・日・祝を除ぐ	く)となります				
○ 受付が完了しまし	たら申請書のコピーをお渡しいたします					
受取の際必要とな	りますので、お忘れなく持参ください					
○ 出来上がりの連絡はしておりませんのでお電話で確認の上ご来院ください			[申	請書コピー忘れ]		
○ 文書料は書類をお渡しする際にご請求させていただきます			受取	サイン		
(入院中に完成した場合は、入院料等と一緒に請求させていただきます)			年 月	日		
○ ご郵送での受取を希望される方は、申込時に料金を請求させていただきます			〔氏	名〕		
書類到着後、申請	書コピーは破棄してください					
○ 以下再発行の場合料金が発生いたしますのでご注意ください			医療法人社団 踏青会 小池病院			

〒276-0001 八千代市小池374-1

047-488-2171

受取後の紛失・期限切れ等による再発行:同料金

内容の追記等による再発行 : 1,100円