

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

患者氏名			ID		
申請者および 同意者氏名			患者との 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
用紙区分 必要な書類の 番号を○で囲み 必要枚数を ご記入ください	1 自立診断書				
	☐ 千葉県 ☐ 千葉市 ☐ 東京都 ☐ その他()		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
	4 傷病手当金請求書 ☐ 入院 ☐ 外来				
	(年 月 日 ～ 年 月 日)		医療保険扱い	×	通
	5 生命保険診断書・証明書		5,500円	×	通
	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 (/)	受渡日 ○申請者 ○職員 () (/)	備考	入金受領印
福祉請求(福祉) 請求日(/) 入院請求(/ 入力)			

(※注意事項)

〔署名欄〕

- 〔氏名〕

047-488-2171