

記載例

診断書・証明書等申込書

申込書を記載のうえ、保険会社等の診断書を添えて、③番証明受付窓口へ提出してください。

☆作成には、2～3週間程度を要しますが、内容によってはそれ以上かかる場合があります。

☆お申込みは、診療科ごとになり
 内科入院後、外科へ転科された場合は申込書が2枚必要です。

●患者さんの情報

申込日 ○○年○○月○○日

| | | | |
|--------------|----------------------|---------|----------------------|
| 患者番号 (7桁) | 診察券に記載の番号を記入 | 診療科・主治医 | ○○○○科 ○○ 医師 |
| ふりがな | きんだい たろう | | |
| 氏名 | 金大 太郎 | 生年月日 | 大・昭 平・令 ○○年○○月○○日 |
| 住所 | 〒○○○-○○○○ ○○市○○町○○番地 | | |

●申込者 (患者さんご本人の場合は記入不要)

前払いが出来ない場合もあります。

| | | | |
|------|----------|---------------|---|
| ふりがな | きんだい はなこ | 患者さんとの ご関係 | 妻 |
| 氏名 | 金大 花子 | | |

●ご希望の受取方法を選択し、必要事項をご記入ください。本申込書(引換証)の裏面をご確認ください。

| | | |
|------|--|--|
| 受取方法 | <input type="checkbox"/> 郵送希望 | 文書料を前払いされる際は、返信用封筒(切手貼付)をご準備ください。 |
| | <input type="checkbox"/> 出来上がり次第TEL | 日中(平日9時～16時頃)の連絡先: - - |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 来院時に受取希望 | 来院日: ○○月○○日 |
| | <input type="checkbox"/> 入院中・病棟受取希望 | 病棟・階: <input type="checkbox"/> 東 <input type="checkbox"/> 西 <input type="checkbox"/> 北 |

医師の都合により、ご希望に添えない場合がありますので、ご承知おきください。

●診断書の種類を選択し、お申込み件数をご記入ください。

| 診断書の種類 | | 件数 | 金額 | コード | 証明期間など | |
|--------|--|---|----------------|--------|--------------------------------|------------------------|
| 1 | 病院所定の文書 ・診断書 ※MEMO欄に内容記載 ・死亡診断書 | | 2,200円 | 95007 | (入院・通院) ○○年○○月○○日～○○年○○月○○日 | |
| | | | | 95013 | (入院・通院) | |
| 2 | ・保険会社等発行の死亡診断書 | | 4,400円 | 95011 | (入院・通院) ○○年○○月○○日～○○年○○月○○日 | |
| | ・保険会社等発行の文書 | 1 | | | (入院・通院) 年 月 日～年 月 日 | |
| | 年金 ・診断書 確認届(月) | | | | (入院・通院) 年 月 日～年 月 日 | |
| | ・受診状況等証明書 | | | | (入院・通院) 年 月 日～年 月 日 | |
| | 公費 ・精神通院自立・精神福祉手帳 ・自立支援申請書・投薬内容 | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 | | | 95025 | (入院・通院) 年 月 日～年 月 日 |
| | ・身体障害者() | | | | | |
| | ・指定難病() <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 | | | | | |
| | ・小児慢性() <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 | | | | | |
| | ・肝炎治療() <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 | | | | | |
| 3 | ・傷病手当金意見書 | 1 | 点数×割数 | 880060 | 労務不能期間 ○○年○○月○○日～○○年○○月○○日 | |
| 4 | ・訪問看護指示書・精神訪問看護指示書 | 1 | ※交付時に 保険証確認 | 150009 | 指示期間 ○○年○○月○○日～○○年○○月○○日 | |
| 5 | ・はり・きゅう同意書・あんま・マッサージ同意書 | | | 880336 | | |
| 6 | ・介護保険主治医意見書 ※予診票記載 | | - | - | | |
| 7 | <input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> 公費以外 | | 円 | | | |

証明する入院期間、通院期間は、それぞれご記入ください。

予診票の記載が必要となります。③番窓口へお知らせください。

●MEMO (病院所定診断書の記載内容を必ずご記入ください)

(例) 病名、入院見込期間、自宅療養期間(○ヶ月程度)等
 記載内容をご記入ください。
 会社提出用、学校提出用(提出先もお知らせください)

【事務担当者欄】

| | | | | | | | | |
|----------------|-----------|-----|---------|-----|---------|------|---------|---------|
| 受付者 | 封筒・切手貼付確認 | 入力者 | 公費・新患確認 | 受取日 | 公費・新患確認 | 電話連絡 | 封筒・発送確認 | 公費・新患確認 |
| -----記載不要----- | | | | | | | | |