

# 診断書・証明書等申込書

長野県立木曽病院長 様

私は、料金及び説明内容を理解し、料金の支払に同意のうえ下記の書類を申し込みます。

ID				提出日	年	月	日
患者情報 (本人) 記入欄	患者氏名	フリガナ	生年月日	大 昭 平 令			
				年 月 日 生 ( 歳)			
	住所	〒 -			男 ・ 女		
電話番号				※ 窓口での文書受け取りご希望の方は、文書が完成しましたら連絡致します。 日中、必ずご連絡がつく電話番号をお知らせください。			

\* 本人以外によるお申し込み・お渡しの際は、下記の代理人欄にご記入ください。

代理人欄	代理人氏名	フリガナ	患者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 親	<input type="checkbox"/> 子
				<input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹	<input type="checkbox"/> ケースワーカー・ケアマネ	
	住所	〒 -				
連絡先				※ 窓口での文書受け取りご希望の方は、文書が完成しましたら連絡致します。 日中、必ずご連絡がつく電話番号をお知らせください。		

依頼内容	依頼する診療科	科	主治医	先生
	<input type="checkbox"/> 生命保険診断書	通	<input type="checkbox"/> 入院	①
②				年 月 日 ~ 年 月 日
<input type="checkbox"/> 傷病手当金申請書	通	労務不能期間	③	年 月 日 ~ 年 月 日
				年 月 日 ~ 年 月 日
<input type="checkbox"/> 病院様式診断書	通	提出先	<input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> その他( )	
		証明内容	<input type="checkbox"/> 病名 <input type="checkbox"/> 入院期間 <input type="checkbox"/> 手術名 <input type="checkbox"/> 通院日 <input type="checkbox"/> 療養(見込)期間 <input type="checkbox"/> 労務不能期間 <input type="checkbox"/> その他( )	
<input type="checkbox"/> その他 ( )	通	提出先		
		証明内容		

\* その他連絡事項・記入事項などありましたらご記入ください。

受取方法	本人 ・ 代理人		連絡事項
	窓口	普通郵便	
		簡易書留	

※ 郵送での受け取りをご希望の方は、診断書料の前払い及び郵送料が必要となります。

※ 書類の作成には2~3週間程度かかりますが、提出期限がある場合は窓口までご相談ください。

※ 文書料及び郵送料については裏面に記載がございますので、ご確認のうえお申し込みください。

ご不明な点等ございましたら、窓口職員までお問い合わせください。

令和2年4月1日

健康診断書	一通につき	3,300円
普通診断書	一通につき	3,300円
生命・損害保険用診断書	一通につき	5,500円
年金用診断書(新規)	一通につき	6,600円
年金用診断書(更新)	一通につき	5,500円
年金用証明書(受診状況等証明書)	一通につき	2,200円
障害者手帳用診断書	一通につき	5,500円
障害者手帳用診断書(精神)	一通につき	3,300円
傷害事件用等警察提出用診断書	一通につき	3,300円
公安委員会用診断書	一通につき	3,300円
交通災害共済用診断書	一通につき	2,200円
自動車損害賠償責任保険用診断書	一通につき	3,300円
自動車損害賠償責任保険用明細書	一通につき	3,300円
死亡診断書	一通につき	5,500円
死体検案書	一通につき	5,500円
特定疾患用診断書(新規)	一通につき	3,300円
特定疾患用診断書(更新)	一通につき	2,200円
その他診断書で簡易なもの	一通につき	2,200円
その他診断書で複雑なもの	一通につき	5,500円
入院、通院、分娩、出産証明書	一通につき	2,200円
療養費支払証明書	一通につき	1,100円
その他証明書で簡易なもの	一通につき	1,100円
その他証明書で複雑なもの	一通につき	2,200円
郵送手数料	A4サイズ用紙4枚相当まで	一回につき 90円
	上記以上の枚数	一回につき 130円
	簡易書留	一回につき 上記金額に320円加算

○料金は受け取りの際にお支払い頂きます。郵送での受け取りをご希望の場合は前払いとなります。

○依頼者様のご都合で文書のお申し込みを取り消された場合についても、料金は発生しますのでご承知おきください。

## 【医療機関記入欄】

受付方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 郵送	受付職員		担当職員	
本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他( )				
電話連絡	年 月 日 済み				
備考欄					