



濟生会横浜市東部病院

文書等申込書

お申込日： 年 月 日
年 月 日まで保留

お申込み者	診察券番号							生年月日	年 月 日	☐ 入院中	病棟
	フリガナ							フリガナ		患者との関係	
	患者氏名							窓口に来た方		☐ 家族 ☐ その他()	
	住所	〒									
	電話1:連絡先							☐ 自宅・携帯 ☐ 勤務先 ☐ その他 ☐ 留守電可	電話2:連絡先	☐ 自宅・携帯 ☐ 勤務先 ☐ 伝言可 ☐ 留守電可	

◆複数科ある場合はそれぞれ申込書が必要です。

◆担当医師名： 医師

☐ 糖尿病内分泌内科	☐ 呼吸器内科	☐ 循環器内科	☐ 泌尿器科	☐ リハビリテーション科
☐ 腎臓内科	☐ 呼吸器外科	☐ 心臓血管外科	☐ 産婦人科	☐ 放射線治療科
☐ 総合内科	☐ 消化器内科	☐ 小児科	☐ 皮膚科	☐ 歯科口腔外科
☐ 精神科	☐ 消化器外科	☐ 小児肝臓消化器科	☐ 形成外科	☐ 総合外科
☐ 脳血管神経内科	☐ 乳腺外科	☐ 重心小児科	☐ 眼科	☐ 救急科
☐ 脳神経外科	☐ 血管外科	☐ 整形外科	☐ 耳鼻咽喉科	☐ その他()

◆用紙を持参されている場合は添付して下さい。

◆合計枚数： 通

文書の種類	☐ 保険会社	7,700円 ×	通	通院 :	☐ 要	☐ 不要
	入院	年 月 日 ~	年 月 日	通院	年 月 日 ~	年 月
	☐ 身体障害者診断書	5,500円 ×	通	新規・更新	☐ 出産育児一時金・手当金	通
	☐ 精神障害者保健福祉手帳診断書	2,750円 ×	通		☐ 公安委員会診断書	通
	☐ 自立支援医療診断書	2,750円 ×	通		☐ マッサージ同意書/はり・きゅう同意書	通
	☐ 特定疾患臨床調査	2,750円 ×	通		☐ その他の文書	円 × 通
	☐ 小児慢性特定疾患	2,750円 ×	通			
	☐ 障害年金	☐ 発症時	☐ 発症後	年 か月	☐ 現在	6,600 円 × 通
	☐ 傷病手当金診断書		通	証明期間	年 月 日 ~	年 月 日
	☐ 労災 号		通	証明期間	年 月 日 ~	年 月 日
☐ 普通診断書	提出先 : 勤務先 ・ 学校 ・ 警察 ・ その他()	2,750 円 ×	通	記入内容 : ☐ 休業 ☐ 入院期間 日付(/ ~ /) ☐ 療養期間 日付(/ ~ /) 目的(用途) :		
特記						

受取方法: ☐ 来院 ☐ 郵送

◆ 受取は2週間から3週間程度かかりますのでご了承ください。

◆ 受取の際は本状と診察券、身分証をご持参ください。

◆ お申込みの方以外がお受け取りになる場合は、上記に加え、委任状等をご持参ください。

病院使用欄

○会計 : ☐ 済 ☐ 未 円 受領日: 年 月 日 ○他科診療科あり 科

○連絡事項: