

お申込み者記入欄	診察券番号	生年月日	年 月 日	患者との関係
	フリガナ	フリガナ		
	患者氏名	窓口に来た方		<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他()
	住所	〒		
	電話:連絡先1	<input type="checkbox"/> 自宅・携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 留守電可	電話:連絡先2	<input type="checkbox"/> 自宅・携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 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

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

診断書等文書の種類	<input type="checkbox"/> 保険会社 13,200円 × 通	入院 年 月 日 ~ 年 月 日	通院: <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	通院 年 月 日 ~ 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 身体障害者診断書 9,900円 × 通	新規・更新	<input type="checkbox"/> 出産育児一時金・手当金 通	
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳診断書 5,500円 × 通		<input type="checkbox"/> 公安委員会診断書 通	
	<input type="checkbox"/> 自立支援医療診断書 3,300円 × 通		<input type="checkbox"/> マッサージ同意書/はり・きゅう同意書 通	
	<input type="checkbox"/> 特定疾患臨床調査 7,700円 × 通		<input type="checkbox"/> 介護保険 主治医意見書 通	
	<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患 5,500円 × 通		<input type="checkbox"/> 訪問看護指示書 通	
	<input type="checkbox"/> 傷病手当金診断書 通	証明期間 年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/> その他の文書 円 × 通	
	<input type="checkbox"/> 労災 号 通	証明期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> ()年()月()日 ~ ()年()月()日 9,900円 × 通			
		<input type="checkbox"/> 現在		
※ 医師が記載するには、正確な日付・期間が必要です。必ず年金事務所に事前にご確認いただいてからお申込みください。				
<input type="checkbox"/> 当院の診断書 提出先: 勤務先・学校・警察・その他() 5,500円 × 通	記入内容 <input type="checkbox"/> 休業 <input type="checkbox"/> 入院期間 日付(/ ~ /) <input type="checkbox"/> 療養期間 日付(/ ~ /)			
目的(用途):				
※事前に医師にご相談されている方は、下記をご記入ください。 <input type="checkbox"/> () 医師とお話済み(ただし内容は医師の判断により記載されます)				
特記				

受取方法: 原則、郵送(レターパック代は別途ご負担いただきます)となります。直接お渡しする必要のある書類に限り手渡しします。

◆ 発行には2週間から1か月程度かかることがあります。ご了承ください。

◆ (来院受取の場合)この申込書と診察券、および身分証(代理の場合は加えて委任状)をご持参ください。

◆ (来院受取の場合)出来上がりをご連絡した後、6か月間受け取りがない書類は、お渡しできない場合があります。