

診断書等申込書

申込日： 年 月 日

太枠内をご記載ください

診察券番号					
フリガナ					
患者氏名					
生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日	性別 男・女
住所	〒 -				
郵送先	※患者さんの住所へ郵送する場合には記載不要です 〒 - <input type="checkbox"/> 専用封筒あり				
電話番号	-	-	()	

患者さん以外の方がお申込みをされる場合にご記入ください

フリガナ					
申込者	続柄：			委任状： 有・無	
電話番号	-	-	()	

※以下病院記入欄

診療科	担当医		
<input type="checkbox"/> 普通診断書（入力コード：952687）		5,500円	通 円
提出先	使用目的	内容	
<input type="checkbox"/> 会社・職場	<input type="checkbox"/> 休職用	<input type="checkbox"/> 病名	<input type="checkbox"/> 入院期間 <input type="checkbox"/> 自宅療養期間
<input type="checkbox"/> 保険会社	<input type="checkbox"/> 復帰・就労可	<input type="checkbox"/> 病名	<input type="checkbox"/> 就労可能・復職希望日
<input type="checkbox"/> 警察	<input type="checkbox"/> 通院証明	<input type="checkbox"/> 病名	<input type="checkbox"/> 初診日 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	<input type="checkbox"/> 入院・通院証明	<input type="checkbox"/> 病名	<input type="checkbox"/> 通院期間 <input type="checkbox"/> 入院期間
	<input type="checkbox"/> 保険加入用	<input type="checkbox"/> 病名	<input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 保険会社提出用診断書（952689）		7,700円	通 円
<input type="checkbox"/> 入院期間①	年 月 日 ~	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 入院期間②	年 月 日 ~	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 通院期間	年 月 日 ~	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 傷病手当金申請書（130085）		100点	通 円
<input type="checkbox"/> 労務不能期間	年 月 日 ~	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 労災休業給付支給請求書：様式第8号			通
<input type="checkbox"/> 労務不能期間	年 月 日 ~	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 訪問看護指示書（140096）			通 円
<input type="checkbox"/> 臨床調査個人票（952692）		5,500円	通 円
<input type="checkbox"/> 年金診断書（952691）		8,800円	通 円
<input type="checkbox"/> 身体障害者診断書（952414）		5,500円	通 円
<input type="checkbox"/> 施設入所用診断書（952337）		5,500円	通 円
<input type="checkbox"/> 出産証明書（951020）		3,300円	通 円
<input type="checkbox"/> その他（ ）			通 円
<input type="checkbox"/> 郵送代：レターパックプラス（952678）		600円	枚 円
【備考欄】	合計：		円
	会計：	<input type="checkbox"/> 受付日 <input type="checkbox"/> お渡し日	
	担当者：		
<input type="checkbox"/> 申し送りあり（メディパピルス確認）			

文書受取	年 月 日	受取者：	続柄：
------	-------	------	-----