

診断書・証明書等申込書

※太枠内をご記入ください

文書料・郵送料は
申込日にお支払いいただきます

| | | | | | |
|--------|--|------|---------------|-----|-----|
| 【基本情報】 | | 申込日 | 年 | 月 | 日 |
| ID No. | | 診療科 | | 主治医 | 医師 |
| フリガナ | | 連絡先 | ☎ | — | — |
| 患者氏名 | | 生年月日 | T・S・H・R 西暦 | 年 | 月 日 |

【本人以外が申込される場合のみ、ご記入ください】

| | | | |
|-------|-------------|-----|------------------------------------|
| フリガナ | | 続柄 | 家族()・代理人() ※代理人の方は同意書をご提出ください |
| 申込者氏名 | | 連絡先 | ☎ — — |
| 住所 | 〒 — — — — — | | |

【申込内容】

| | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 保険会社診断書(入院・通院・手術証明) 入院期間 年 月 日～ 年 月 日 年 月 日～ 年 月 日 年 月 日～ 年 月 日 通院期間 年 月 日～ 年 月 日 保険会社名 () ※科が複数の場合は科ごとの証明になります。 | 通 | <input type="checkbox"/> 傷病手当金支給申請書・傷病証明書 期間 年 月 日～ 年 月 日 年 月 日～ 年 月 日 年 月 日～ 年 月 日 | 通 |
| <input type="checkbox"/> 保険会社用手術点数確認書 | 通 | <input type="checkbox"/> 会社用休職証明書(書式あり) 期間 年 月 日～ 年 月 日 | 通 |
| <input type="checkbox"/> 障害年金診断書 | 通 | <input type="checkbox"/> 会社用復帰用証明書(書式あり) | 通 |
| <input type="checkbox"/> 受診状況等証明書 | 通 | <input type="checkbox"/> 出産(一時金・手当金)証明書 | 通 |
| <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票 | 通 | <input type="checkbox"/> 不妊治療助成証明書 | 通 |
| <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患診断書 | 通 | <input type="checkbox"/> 労災(通勤災害)請求書・診断書[]号 | 通 |
| <input type="checkbox"/> 学校生活管理指導表 | 通 | <input type="checkbox"/> 診療費証明 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 期間 年 月 日～ 年 月 日 | 通 |
| <input type="checkbox"/> 身体障害者診断書 | 通 | <input type="checkbox"/> 医療等の状況(スポーツ振興センター) | 通 |
| <input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> 更正 <input type="checkbox"/> 育成 <input type="checkbox"/> 精神 | 通 | <input type="checkbox"/> 療養見舞金 | 通 |
| <input type="checkbox"/> 手当認定診断書 | 通 | <input type="checkbox"/> 自賠責診療報酬明細書 | 通 |
| <input type="checkbox"/> 自賠責診断書・自賠責後遺診断書 | 通 | <input type="checkbox"/> その他 () | 通 |

【各診療科にて受付】

| | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 診断書・証明書(当院様式) <input type="checkbox"/> 和文 <input type="checkbox"/> 英文 宛先 () | 通 | <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 和文 <input type="checkbox"/> 英文 宛先 () | 通 |
|--|---|--|---|

【受取方法】

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 郵送 (宛名ラベルもご記入ください。原則、配達記録の残るレターパックでの郵送対応とさせていただきます) <input type="checkbox"/> 返信用書式あり(封筒・切手・レターパック) | <input type="checkbox"/> 入院中 (<input type="checkbox"/> 1号館 <input type="checkbox"/> B棟) |
|--|---|

| | | | | |
|----|----|----|----|----|
| 受付 | 登録 | 外来 | 受取 | 交付 |
| / | / | / | / | / |

| |
|--------------|
| 【備考】 |
| 期限 (月 日 まで) |
| CD-R (有・無) |

申込文書送付先宛名ラベル

※このラベルをレターパックに貼付しますので、送付先の住所・宛名を正確にご記入ください。
※A4サイズの内紙に、このまま印刷してください。ラベルシールへの印刷は不要です。

| | | | | |
|--------------------------|-----|---|-----|---|
| おところ Address | 〒 | — | | |
| | 都 県 | | 区 市 | |
| | 府 道 | | 郡 | |
| おなまえ Name | | | | 様 |
| 電話番号 Telephone Number | | — | — | |

- 文書の出来上がりまでに、3~4週間を予定しています。お預りする文書や担当医によって作成に要する期間が異なりますので、あらかじめご了承ください。文書作成後の申込取消・ご返金はいたしかねます。
- 料金表に記載のないものは、その記載内容により、いずれかの種別に準じて文書料金をお支払いいただきます。
- 文書の内容によっては、改めて医師の診察が必要になる場合がございます。また、記入できない場合がございますのであらかじめご了承ください。
- 文書は出来上がり次第、レターパックライト(¥430)でお送りします。

お問い合わせ先：順天堂大学医学部附属順天堂医院 文書係
電話番号：(03)3813-3111 内線：5887・5888
平日 / 9:00~17:00 土曜 / 9:00~13:00(第2土曜日を除く)

文書料金一覧表

| 文書書式 | 文書名 | 1通の金額 (税込) |
|-------------------------|-----------------------------|-------------------|
| 当院書式 | 和文 診断書・証明書 | ¥3,300 |
| | 英文 診断書・証明書 | ¥11,000 |
| 保険会社等 | 保険会社診断書 (入院・手術・通院) (1科ごと) | ¥8,800 |
| | 手術・放射線照射診療報酬点数確認書 | ¥3,300 |
| | 運動器損傷証明書 | ¥8,800 |
| 公的機関 提出書式 | 臨床調査個人票 | ¥3,300 |
| | 小児慢性特定疾病医療意見書 | ¥3,300 |
| | 自立支援医療 (更正医療) 意見書 | ¥0 |
| | 自立支援医療 (育成医療) 意見書 | ¥0 |
| | 自立支援医療 (精神通院) 診断書 | ¥3,300 |
| | 精神障害者保健福祉手帳用診断書 | ¥3,300 |
| | 肝炎治療受給者認定に係る診断書 | ¥3,300 |
| | 身体障害者診断書・意見書 | ¥6,600 |
| | 障害年金診断書 | ¥6,600 |
| | 障害年金受診状況等証明書 | ¥6,600 |
| | 石綿による健康被害の救済に関する法律【診断書】 | ¥3,300 |
| | " 【証明書】 (外来) | ¥660 |
| | " 【証明書】 (入院) | ¥1,650 |
| | おむつ使用証明書 | ¥3,300 |
| | 特別児童扶養手当認定診断書 | ¥6,600 |
| 自動車傷害 保険書式 | 自賠償診断書 (月ごと) | ¥8,800 |
| | 自賠償診療報酬明細書 (月ごと) | ¥8,800 |
| 証明書類 その他 | 後遺障害診断書 | ¥8,800 |
| | 外来領収証明書 (月ごと) | ¥660 |
| | 入院領収証明書 (月ごと) | ¥1,650 |
| | 受診状況等証明書 (年金等の請求用) | ¥3,300 |
| | 難病見舞金支給申請書 | ¥660 |
| | 医師意見書・施設入所等診断書 | ¥3,300 |
| | 医薬品副作用被害救済制度に関する証明【医療手当診断書】 | ¥6,600 |
| | " 【受診証明書】 | ¥3,300 |
| | 各種利用証明書 (搭乗や利用に関して) | ¥3,300 |
| | 旅行支援サービス意見書 (在宅医療関係等) | ¥0 |
| | 治療装具証明書 | ¥0 |
| | 補装具交付意見書 | ¥0 |
| | 出産手当証明書 | ¥3,300 |
| | 出産育児一時金・手当金証明書 | ¥3,300 |
| | 分娩費等手当金申請書 | ¥3,300 |
| | 産科医療補償制度請求用診断書 | ¥11,000 |
| | 母子健康管理指導事項連絡カード | ¥3,300 |
| | 学校生活管理指導表 | ¥3,300 |
| | 医療等の状況 (学校災害) | ¥0 |
| | 登園・登校許可証 (学校からの持ち込み) | ¥0 |
| | 健診結果 (二次健診用、学校へのお返事) | ¥0 |
| | 不妊治療連絡カード | ¥3,300 |
| | 診療情報提供書 (自費、自賠償保険) | ¥3,300 |
| | 診療情報提供書 (英文) | ¥11,000 |
| | 健康保険 | 診療情報提供書 (他院への紹介状) |
| 診療情報提供書 (他院へのセカンドオピニオン) | | ¥1,500(3割負担) |
| 訪問看護指示書 | | ¥900(3割負担) |
| 療養同意書 (マッサージ・はり・灸) | | ¥300(3割負担) |
| 傷病手当金支給申請書 | | ¥300(3割負担) |
| 結核予防法申請 | | ¥300(3割負担) |
| 労災関係 | 療養費証明 (様式7号、16-5) | ¥0 |
| | 休業補償給付請求書 (様式8号、16-6) | ¥0 |
| | 診断書 (症状固定) (様式10号、16-7) | ¥4,000 |
| | アフターケアの更新申請書 | ¥3,300 |
| | 上記以外 | 文書受付へ ご確認ください |
| 郵送料 | レターパックライト | ¥430 |