

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

【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サイズの用紙に、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、5～6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)

