

受付日: 受取日: **お預り枚数** 枚 **料金** 円
 担当者: 担当者:

【書類作成申請・同意書】

※太枠内ご記入いただき、書類原本と一緒に受付にてお申し込み下さい。

診察券番号	申込日		年	月	日			
ふりがな	生年月日		明・大・昭・平・令					
患者氏名			年	月	日	性別 男・女		
患者住所								
電話番号	携帯							
証明期間	年	月	日	～	年	月	日	
証明区分	<input type="checkbox"/> 外来のみ <input type="checkbox"/> 入院のみ <input type="checkbox"/> 外来 + 入院							
入院期間 (入院がある方のみ)	①	年	月	日	～	年	月	日
	②	年	月	日	～	年	月	日

※申込者が本人以外の場合は下記のご記入をお願い致します。(身分証ご提示ください)

ふりがな		
申込者氏名	患者との関係	
申込者住所	(〒 -)	

書類の種類 【病院記入欄】

※該当項目にチェックを入れてください

- | | | | |
|---|-----------|---|-----------|
| <input type="checkbox"/> 診断書(当院書式) | ¥2,200 | <input type="checkbox"/> 傷病証明書(職安用) | ¥2,200 |
| <input type="checkbox"/> 診断書(保険会社用経過の記入無) | ¥3,300 | <input type="checkbox"/> 身体障害者用診断書(装具意見書含む) | ¥5,500 |
| <input type="checkbox"/> 診断書(保険会社用経過の記入有) | ¥5,500 | <input type="checkbox"/> 各種免許用診断書 | ¥2,200 |
| <input type="checkbox"/> 回答書(※A4用紙サイズ1枚につき) | ¥8,800 | <input type="checkbox"/> 就職用診断書 | ¥3,300 |
| <input type="checkbox"/> 自賠責用明細書 | ¥3,300 | <input type="checkbox"/> 主治医意見書(コピー) | ¥5,500 |
| <input type="checkbox"/> 後遺障害診断書 | ¥5,500 | <input type="checkbox"/> 成年後見鑑定書 | ¥50,000 |
| <input type="checkbox"/> 学校安全会 | 無料 | <input type="checkbox"/> 休業証明書(労災) | 無料 |
| <input type="checkbox"/> 傷病手当金支給申請書 | 保険負担割合による | <input type="checkbox"/> 画像データ(CD-R) | ¥5,500 |
| <input type="checkbox"/> 死亡診断書 | ¥5,500 | <input type="checkbox"/> 訪問看護指示書 | 保険負担割合による |
| <input type="checkbox"/> 交通災害共済用診断書(市) | ¥1,100 | | |
| <input type="checkbox"/> 健康診断書(施設入所用) | ¥3,300 | | |

表示は全て税込み価格です。

委任状

(代理人)

住所:

氏名:

続柄:

上記者を私の代理人と定め下記事項につき委任します。

書類作成の申請

書類の受け取り

委任日: 年 月 日

委任者氏名: 印