

# 文書申込用紙

No. 記載不要

|      |                  |          |  |
|------|------------------|----------|--|
| 患者名  | 必ず記入してください 順天 太郎 | カルテ番号    | 診察券の8桁の番号をご記入ください                        |
| 受診科  | 必ず記入してください 外科    | 連絡先(TEL) | 日中にご連絡できる電話番号をご記入ください                    |
| 申込者  | 必ず記入してください 順天 太郎 | 同意書      | 申込者が代理人の場合は添付ください<br>有 ・ 無               |
| 受取方法 | 来院 ・ 郵送          | 郵送料金     | 返信用封筒に添付して下さい<br>速達(¥410)・普通(¥110)・書留( ) |

| 文書の種類 |                | 申込数 | 金額     | 文書の種類 |                  | 申込数 | 金額     |
|-------|----------------|-----|--------|-------|------------------|-----|--------|
| 1     | 自賠責保険(診断書・明細書) |     | ¥7,700 | 19    | 学校関係証明書          |     | ¥2,200 |
| 2     | 傷病手当金請求書       |     | 100点   | 21    | 生活保護要否意見書        |     | ¥0     |
| 3     | 障害診断書 ※        |     | ¥6,600 | 22    | 傷病手当金申請書(職安提出用)  |     | ¥1,100 |
| 4     | 入院証明書(通院証明書)   |     | ¥5,500 | 23    | 就労可否証明書(職安提出用) ※ |     | ¥3,300 |
| 5     | 一般診断書 ※        |     | ¥3,300 | 24    | 療養費同意交付書         |     | 100点   |
| 6     | 後遺症診断書 ※       |     | ¥6,600 | 25    | 死亡診断書(コピー)       |     | ¥8,800 |
| 7     | 労災休業補償請求書      |     | ¥0     | 26    | 保険会社死亡診断書        |     | ¥8,800 |
| 8     | 身体障害者診断書 ※     |     | ¥6,600 | 27    | 照会文書             |     | ¥5,500 |
| 9     | 障害年金診断書 ※      |     | ¥6,600 | 28    | 肝炎治療受給者証診断書( )   |     | ¥3,300 |
| 10    | 移送・装具・療養費申請書   |     | ¥0     | 28    | 運転免許用診断書 ※       |     | ¥3,300 |
| 12    | 指定難病臨床調査個人票    |     | ¥3,300 | 28    | 特別児童扶養手当認定診断書    |     | ¥6,600 |
| 12    | 小児慢性特定疾患医療意見書  |     | ¥3,300 | 28    | その他( )           |     |        |
| 14    | 紹介状 ※          |     | 250点   | 29    | 診断書(精神通院医療用)     |     | ¥3,300 |
| 15    | 労災10号用紙診断書 ※   |     | ¥0     | 29    | 手帳用診断書           |     | ¥6,600 |
| 16    | 出産育児金請求書       |     | ¥1,100 | 31    | 医療等の状況           |     | ¥0     |
| 17    | 受診状況等証明書       |     | ¥3,300 | 34    | 訪問看護指示書          |     | 300点   |
| 18    | 健康診断書          |     | ¥3,300 | 34    | 特別訪問看護指示書        |     | 400点   |

### 記載事項・注意事項

|       |                 |   |
|-------|-----------------|---|
| 入院期間  | ① 年 月 日 ~ 年 月 日 | 文書申し込みされる対象<br>の入院もしくは通院期間を<br>ご記入ください<br>傷病手当金請求書などの<br>入通院とは違う期間は<br>証明期間に記載ください。 |
|       | ② 年 月 日 ~ 年 月 日 |   |
|       | ③ 年 月 日 ~ 年 月 日 |   |
| 通院期間  | 年 月 日 ~ 年 月 日   |   |
| 証明期間  | 年 月 日 ~ 年 月 日   |   |
| 電話連絡日 | 記載不要 年 月 日      | 午前・午後 時 分   |
| 受取年月日 | 記載不要            | 受取者サイン 記載不要   |

※ の文書は事前に医師への相談が必要になります。

①書類係控