

各診断書類用申込用紙

☆下記の内容を記入した上受付窓口で提出して下さい

丘 整形外科病院

患者氏名		ID No	生年月日	M・T・S・H 年 月 日
性別	男 ・ 女	申請者 : 本人・家族・同僚・その他 ()		
☆未成年者の場合は保護者の身分証明書を窓口で提示してください。				
本人以外 申込者名 (会社名)		本人以外の申込は同意書(三ヶ月以内有効)の提出が必要 同意書提出 : 有 ・ 無		
連絡先	TEL: ()			
保険種別	社保 ・ 国保 ・ 労災 ・ 交通事故 ・ 自費 ・ その他 ()			
証明期間 ①	外来・入院 年 月 日 ~ 年 月 日			
保険会社名				
証明期間 ②	外来・入院 年 月 日 ~ 年 月 日			
保険会社名				
証明期間 ③	外来・入院 年 月 日 ~ 年 月 日			
保険会社名				
<input type="checkbox"/> 診断書 (外来・入院) 6600円/1通				
<input type="checkbox"/> 後遺症診断書 16500円/1通				
<input type="checkbox"/> 自賠償保険(明細書・診断書) 5500円/1通				
<input type="checkbox"/> 傷病手当金請求書				
<input type="checkbox"/> 労災関係 (8、16-6、10号「4000円」・7-1、16-7・16-5号)				
<input type="checkbox"/> その他 (身体障害用「11000円」、通院証明用「1100円」)				

病院側使用欄 :

文書料金	円 × 通 合計 :	円	支払 :	済 ・ 未 ・ 後払い
申込日	年 月 日	完成予定日	年 月 日	前後

備考欄 : 診療外料金同意 郵送希望 サマリーと一緒に

担当医師名 : 医事担当者 :

使用カルテ : 外来・入院