

診断書等申込書

申込日 年 月 日

患者	診察券番号			性別	男 ・ 女
	フリガナ			生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和
	氏名				年 月 日
	住所	〒 —			
	連絡先				
申込者		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 代理人（代理人の場合、委任状の提出が必要） ※申込者が「本人」以外の場合は以下の項目も記載願います。			
申込者	フリガナ			続柄	
	氏名				
	住所	〒 —			
	連絡先				

書類種別

診断書等の種類		料金 (1通につき)	必要 通数	詳細（証明期間等）	
<input type="checkbox"/>	生命保険診断書 (院外様式) (日本語)	11,000 円	通	入院	年 月 日～ 年 月 日 年 月 日～ 年 月 日
<input type="checkbox"/>	生命保険診断書 (院外様式) (英語)	22,000 円	通	通院	※通院証明の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 年 月 日～ 年 月 日
<input type="checkbox"/>	診断書 (院内様式) (日本語)	5,500 円	通	※院内様式の場合は以下の記載依頼項目にチェックください <input type="checkbox"/> 病名 <input type="checkbox"/> 手術名 <input type="checkbox"/> 入院期間 <input type="checkbox"/> 通院期間	
<input type="checkbox"/>	診断書 (院内様式) (英語)	11,000 円	通	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
<input type="checkbox"/>	傷病手当金申請書	保険適応	通	年 月 日～ 年 月 日	
<input type="checkbox"/>	その他 ( )		通		

書類受け取り方法

<input type="checkbox"/> 病院窓口	1 階 10 番窓口または診療科にて受け取り
<input type="checkbox"/> 郵送	郵送先を選択ください <input type="checkbox"/> 患者住所宛 <input type="checkbox"/> 申込者住所宛 ※郵送用のレターバックライトは本院にて用意し、郵送料（500 円）を別途頂戴します。

支払い方法

<input type="checkbox"/> 病院窓口 <input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> アプリ決済システム（wellcne）
---