

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		☐ 本人 ☐ 親権者 ☐ 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）
☐	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
☐	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 ☐ 有 ☐ 無 年 月 日～ 年 月 日
☐	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 ☐ 病名 ☐ 手術名 ☐ 入院期間 ☐ 通院期間 ☐ その他 ()
☐	診断書 (院内様式) (英語)	11,000 円	通	
☐	傷病手当金申請書	100 点	通	年 月 日～ 年 月 日
☐	その他 ()		通	

書類受け取り方法

☐ 病院窓口	1 階 10 番窓口または診療科にて受け取り
☐ 郵送	郵送先を選択ください ☐ 患者住所宛 ☐ 申込者住所宛 ※郵送料（500 円）を別途頂戴いたします（レターパックライトにて送付）。

支払い方法

☐ 病院窓口 ☐ 振込 ☐ 後払いアプリ決済システム（請求日に連絡を 希望する ☐ 希望しない ☐ ）
--

※後払アプリ決済システムにてお支払いの場合、書類お渡しより先に決済が行われる場合があります。